

Un usage controversé

Mesures de contrainte à l'hôpital psychiatrique, perspective clinique

Georges Klein^a, Damian König^b

Hôpital du Valais

^a Service de Psychiatrie et Psychothérapie Hospitalière Adulte; ^b Chef des affaires juridiques et éthiques

- 1 Paul Hoff, Mesures de contrainte en médecine, BMS 2015;96(22): pp. 773ss.
- 2 Le présent article n'aborde pas les mesures de contrainte appliquées sur la base de dispositions de droit pénal ou de la Loi sur les épidémies orientées sur la sécurité ou la protection de la population qui sortent du cadre ordinaire de la clinique hospitalière de psychiatrie.
- 3 Articles 10 et 31 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999.
- 4 Article 5 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950.
- 5 Articles 5 à 9 de la Convention de 1997 pour la protection des droits de l'homme et la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine. En vigueur pour la Suisse depuis novembre 2008.
- 6 La Loi sur la santé du canton du Valais du 14 février 2008 le stipule sans équivoque à son article 26: «Par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite», RS/VS 800.1.
- 7 Article 36 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999.
- 8 «Kerngehalt» dans la version allemande de la Constitution.



Georges Klein

Même si l'application d'une mesure de contrainte n'est pas spécifique à la psychiatrie, son usage en psychiatrie est depuis toujours controversée. Sa prescription est toujours délicate et étroitement liée à l'évaluation par le médecin de la capacité du patient à consentir ou non à un traitement. Les représentations que le médecin se fait de la maladie psychiatrique et du malade influencent ses décisions. Des comparaisons internationales montrent que de grandes différences existent et qu'au-delà des lois, directives et recommandations éthiques, leur application est largement déterminée par des habitudes institutionnelles.

Introduction

Le thème de la contrainte est immanent à la psychiatrie. Il alimente les représentations contradictoires et ambivalentes qui imprègnent celle-ci. Pourtant, comme le rappellent les directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM),¹ la prescription d'une mesure de contrainte en psychiatrie n'est pas naturelle et n'en est pas une spécificité. Dans une perspective clinique, les mesures de contrainte sont des mesures appliquées malgré l'opposition du patient.² Le placement imposé, la fixation, l'isolement, l'enfermement et l'administration d'une médication par la force en sont quelques formes majeures. D'autres formes sont notamment les pressions psychologiques, les limitations de la sphère privée ou de la liberté de communiquer.

Conditions d'autorisation pour la restriction de droits fondamentaux

Qu'elles s'exercent par l'imposition intentionnelle d'une limitation de la liberté de mouvement, par l'administration forcée d'un médicament ou par d'autres mesures limitant la liberté personnelle, les différentes formes de mesures de contrainte constituent une atteinte grave aux droits fondamentaux garantis par la Constitution fédérale,³ la Convention européenne des droits de l'homme⁴ et la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine.⁵ Pour cette raison, sauf exception, les mesures de contrainte sont interdites par notre ordre juridique.⁶



La Constitution fédérale⁷ prévoit les conditions de restriction d'un droit fondamental, soit l'existence d'une base légale et d'un intérêt public prépondérant, le respect du principe de proportionnalité et l'interdiction de violer le noyau dur⁸ de ce droit.

En Suisse, aussi bien la législation fédérale que les législations cantonales prévoient la possibilité de telles restrictions. Malgré la disparité des législations sani-

- 9 Si l'ambition du droit fédéral sur la protection de l'adulte était d'harmoniser les droits cantonaux, de nombreuses législations cantonales restent pour l'heure en vigueur.
- 10 Le nouveau droit de la protection de l'adulte ne prévoit pas le même niveau de protection pour chaque patient. Il n'est pas non plus conséquent en matière de représentation dans le domaine médical qu'il refuse aux patients placés à des fins d'assistance. Dans un chapitre intitulé «Petite histoire d'une mesure ambiguë», Olivier Guillod détaille et explique quelques-unes des contradictions de la législation. In: Commentaire du droit de la famille, Protection de l'adulte, Leuba A, Stettler M, Büchler A, Häfeli C, Stämpfli Verlag, Berne 2013, p. 668ss.
- 11 Ces sept conditions ne sont pas toujours toutes prévues dans les législations cantonales mais y apparaissent souvent et sont toutes reprises dans les directives médico-éthiques de l'ASSM.
- 12 Le Code civil suisse (CC) ou une loi sanitaire cantonale par exemple.
- 13 Même si, en théorie, l'incapacité de discernement ne constitue pas une condition à l'ordonnance d'un placement à des fins d'assistance (PAFA) au sens de 426 CC, il n'est à notre avis pas légal d'exécuter un PAFA en raison de troubles psychiques pour une personne capable de discernement qui s'y oppose: le but du PAFA pour une personne souffrant de troubles psychiques est le traitement (433 CC) et celui-ci ne peut être prescrit sans le consentement du patient qu'en cas d'incapacité de discernement (434 CC). Pour les autres mesures de contrainte qui ne sont pas en rapport avec un PAFA et qui sont décidées sur la base d'une loi cantonale, elles ne peuvent à notre avis être pratiquées que pour des patients incapables de discernement.

taires cantonales à ce sujet⁹ et des dispositions de droit fédéral parfois contradictoires dans le domaine du droit de la protection de l'adulte,¹⁰ nous pouvons lister six conditions cumulatives pour autoriser de façon exceptionnelle une mesure de contrainte; ces conditions remplies, il importe encore de vérifier sept autres conditions procédurales pour que la mesure soit mise en œuvre de façon correcte¹¹ (tab. 1).

Les mesures de contrainte sont controversées en psychiatrie non seulement parce qu'elles sont en principe interdites mais surtout parce que les médecins répuent à y recourir sachant que le risque de perdre la confiance du patient et de compromettre ainsi la thérapie est important.

Evolution des pratiques

Au début de la psychiatrie moderne, inspiré par des idéaux révolutionnaires et la *Déclaration des droits de l'homme* de 1789, Philippe Pinel préconise l'abolition de l'usage des chaînes à la Salpêtrière à Paris. Il ne renonce pas pour autant à la contrainte, comme il l'explique dans une note de la préface de la seconde édition de son traité médico-philosophique de 1803. Il recourt au gilet de force que les malades «finissent par réclamer d'eux-mêmes» et ne peut dorénavant «plus former de doutes en faveur d'une répression plus sage et plus modérée» [1].

Un exemple contemporain de substitution d'une mesure de contrainte par une autre est donné par l'Allemagne qui, suite à une décision de mars 2011 du *Tribunal Constitutionnel* rendant illicite l'administration par la contrainte d'un médicament, a vu la pratique de l'isolement et de la fixation augmenter. Partant de ce constat et compte tenu du fait que les patients étaient privés de traitement, en janvier 2013 le *Bundestag* établit des conditions très strictes pour l'administration d'une médication par la contrainte lors de mise en danger de soi, mais non d'autrui [2, 3].

Deux revues Cochrane concernant l'isolement et la fixation chez les patients atteints de troubles mentaux graves concluent qu'il n'existe aucune preuve de l'utilité thérapeutique de ces mesures de contrainte en psychiatrie [4]. Certains auteurs rappellent aussi que la fixation et l'isolement ne sont pas des mesures thérapeutiques mais de sécurité utilisées lorsque aucune perspective thérapeutique ne semble possible et préconisent leur abolition [5].

Les auteurs des normes du *Comité européen pour la Prévention de la Torture* (CPT) reconnaissent pourtant que l'application de mesures de contrainte est parfois inévitable à l'hôpital psychiatrique. Ils fournissent de nombreuses recommandations et se réjouissent que

«dans la pratique psychiatrique moderne, une tendance à ne plus recourir à l'isolement a été constatée» [6].

En Suisse comme ailleurs, toutes les combinaisons de mesures de contrainte existent. Certains hôpitaux comprennent des unités fermées et recourent aux autres modes de mesures de contraintes majeures (fixation, isolement et médication forcée), d'autres établissements disposent exclusivement d'unités ouvertes et recourent à la médication forcée.

Sans doute est-il utile de rappeler ici que le nouveau droit de protection de l'adulte n'autorise pas automatiquement le médecin qui exécute un placement à des fins d'assistance (PAFA) à prescrire un traitement sans consentement et n'exige nullement que l'établissement soit fermé [7].

Diversité internationale – Différences de perception et préférences

L'usage des diverses mesures de contrainte est très variable selon les pays. Au Danemark, l'isolement est interdit. Aux Pays-Bas, l'administration forcée d'un médicament est interdite. La Grande-Bretagne proscrit la fixation, recours rarement à l'isolement et privilégie l'administration contrainte d'une médication dans l'urgence. En Allemagne, l'administration forcée d'une médication a été interdite durant deux ans (2011–2013). En Autriche, le «lit-filet» a été le seul moyen de contrainte autorisé durant quelques années [8].

Tableau 1: Conditions pour une mesure de contrainte.

Conditions à remplir pour autoriser une mesure de contrainte

Une loi au sens formel la permet ¹²
Elle est strictement nécessaire au traitement
Les autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas
Il existe un danger sérieux pour la santé ou la sécurité du patient ou pour autrui
Le patient ne dispose pas de sa capacité de discernement ¹³
Sauf en cas d'urgence ou de placement à des fins d'assistance, le représentant du patient a approuvé la mesure

Conditions de mise en œuvre d'une mesure de contrainte

A l'exception des cas d'urgence, une discussion préalable avec le patient et son représentant
La concertation avec l'équipe de soin
Une prescription par un médecin
La limitation dans le temps et la levée de la mesure dès que possible
La documentation de la décision, de l'évolution et de l'arrêt de la mesure
Une surveillance clinique renforcée
L'aménagement d'un droit de recours contre la mesure

¹⁴ Article 16 du Code civil suisse du 10 décembre 1907, RS 210.

Des comparaisons internationales montrent qu'il n'existe pas de corrélation entre le type de régime légal en vigueur et les taux d'hospitalisation en PAFA. Des pays avec des régimes légaux différents (incluant ou non la notion de danger, exigeant ou non une décision juridique pour ordonner un PAFA, orienté exclusivement vers les soins ou prévoyant un contrôle administratif) peuvent montrer des taux semblables. A l'inverse, des pays avec des régimes légaux semblables peuvent présenter des taux de PAFA très différents [9]. En Suisse, la proportion de PAFA par rapport au nombre global d'hospitalisation restait la plus élevée d'Europe malgré une diminution de 30 à 24% entre 2002 et 2009 [10]. Il faut cependant relever qu'aucune donnée n'existe concernant le total de l'ensemble des mesures de contrainte prescrites. Il est par ailleurs un peu tôt pour mesurer l'effet de l'introduction du nouveau droit de la protection de l'enfant et de l'adulte en janvier 2013. Les études recueillant les perceptions et préférences des patients sur l'usage de différentes mesures de contrainte montrent que la perception est très subjective et contradictoire (perception de contrainte alors qu'il n'y en a pas objectivement ou le contraire). Parmi les différentes formes de mesure de contrainte, l'administration d'une médication par voie intramusculaire contre la volonté du patient est sans doute la plus controversée car elle implique une atteinte à l'intégrité physique en plus d'une limitation de liberté de mouvement lors de l'injection. Pourtant, plusieurs auteurs indiquent que les mesures de contraintes physiques (isolement, fixation) sont davantage mal vécues (sentiment d'humiliation et pénibilité) que l'administration d'une médication par la contrainte [11]. Plusieurs études concluent que les «habitudes de la maison» quant à l'usage de telle ou telle mesure de contrainte déterminent le choix de la mesure de contrainte, la perception qu'en ont les patients et l'acceptabilité pour les médecins de les prescrire [12].

Stigmatisation et mesures de contrainte

La corrélation entre stigmatisation des malades psychiatriques et recours à des mesures de contrainte est établie [13]. Les mesures de contrainte participent à la mauvaise image de la psychiatrie et la stigmatisation des malades qui en découle légitime leur application. Ainsi, l'hypermédiatisation d'un délit commis par une personne souffrant d'un trouble psychique alimente la perception du malade psychiatrique comme un individu supposé dangereux. Il s'ensuit une stigmatisation de celui-ci qui souvent induit ou facilite le recours à des mesures de contrainte ou limitatives de la liberté et la judiciarisation de la thérapie.

Aussi, bien qu'il n'ait jamais pu être établi qu'une obligation de traitement ordonnée par une autorité civile après un PAFA permettait de diminuer l'occurrence de rechutes ni d'améliorer la qualité de vie d'un patient, le CC permet l'instauration de telles mesures [14].

Certains auteurs considèrent que l'existence d'une législation spécifique de santé mentale (ce qui n'est pas le cas en Suisse) accroît la stigmatisation, facilite le recours aux mesures de contrainte et augmente le risque pour une personne malade psychiatrique de se voir privée de liberté [15].

La stigmatisation des malades psychiatriques par les médecins n'est pas à sous-estimer. Elle peut prendre des formes insidieuses. Par exemple: considérer la violence comme une complication psychiatrique d'une alcoolisation aiguë; demander, pour des questions de sécurité, à la police de déposer ses armes à l'entrée de l'hôpital psychiatrique alors qu'elle y est appelée; confondre la mesure d'internement (pénal, sécurité publique) avec celle de PAFA (civil, protection de la personne); considérer le malade psychiatrique comme systématiquement dépourvu de capacité de discernement.

Capacité de discernement

La notion de «capacité de discernement» est centrale car une mesure de contrainte ne peut être appliquée par principe lorsque le patient en dispose. Le CC définit la capacité de discernement comme appartenant à toute personne n'étant pas privée de la faculté d'agir raisonnablement en raison de son jeune âge, de déficience mentale, de troubles psychiques, d'ivresse ou d'autres causes semblables.¹⁴ Dans la pratique, c'est le plus souvent dans l'urgence et face à un patient présentant un tableau clinique psychiatrique aigu engendrant un danger et qui refuse un traitement que le clinicien doit évaluer la pertinence de prescrire une mesure de contrainte ou une médication sédatrice administrée malgré l'opposition du patient. C'est alors que la question de l'appréciation de la capacité de discernement du patient se pose.

La capacité de discernement doit toujours être évaluée concrètement, c'est-à-dire à un moment donné et par rapport à une question donnée. Elle est toujours pleine et entière ou inexistante, jamais partielle. Le CC stipule qu'elle est présumée, ce qui signifie que dans le doute elle doit être considérée présente.

Dans un contexte thérapeutique, la question de la capacité de discernement devient: Le patient est-il actuellement capable de se déterminer par rapport à la thérapie proposée? La notion de capacité à se déterminer, c'est-à-dire la capacité à consentir ou à refuser un

¹⁵ Voir à ce sujet: Philippe Meier, Suzana Lukic, Introduction au nouveau droit de la protection de l'adulte, Schulthess, Zurich 2011, ch. 205ss et 721.

traitement (le patient est-il en mesure de faire un choix, de se servir de la possibilité de le faire, en saisit-il les conséquences, en expose-t-il les raisons, comprend-t-il concrètement les informations données, est-il en accord avec ses valeurs habituelles?) est pertinente.

L'évaluation de la capacité de discernement ne concerne pas que la psychiatrie et l'incapacité à consentir à une thérapie ne peut être déduite de la seule existence d'une maladie psychiatrique, même sévère, ni du refus du patient à la reconnaître. A contrario, le fait qu'un patient atteint d'une maladie psychiatrique accepte un traitement ne signifie pas qu'il dispose de sa capacité de discernement.¹⁵ De la même manière, la capacité de discernement ne dépend en aucun cas de l'existence d'une mesure de protection de l'adulte ou de la minorité civique d'une personne.

Prescription d'une mesure de contrainte

Le psychiatre hospitalier se trouve au milieu d'un champ de tension traversé par des valeurs opposées et contradictoires qui peuvent mettre à l'épreuve la relation thérapeutique lorsqu'il doit décider, le plus souvent dans l'urgence, s'il est inévitable de prescrire une mesure de contrainte ou s'il est opportun d'y renoncer dans l'intérêt du traitement. Afin de protéger la relation de soin, le médecin doit thématiser ces valeurs dans le cadre de la thérapie (fig. 1).

L'application de la contrainte est le plus souvent perçue comme traumatisante et peut se révéler dangereuse

pour le patient (blessures et même décès lors de fixation) et risque de compromettre la confiance nécessaire à toute thérapie. La relation thérapeutique dépasse la relation médecin-malade et concerne aussi la confiance que le patient et ses proches entretiennent avec l'hôpital. Renoncer à la prescription de la contrainte peut exposer le médecin et l'institution à la critique d'avoir abandonné le malade à ses souffrances et aux aléas de sa maladie en le laissant quitter l'hôpital par exemple. Lorsque le médecin prescrit une mesure de contrainte, agit-il dans l'intérêt du patient pour le soigner et le protéger, pour se prémunir du reproche des proches ou agit-il au nom de la sécurité publique pour laquelle il n'a ni légitimité, ni mandat ni formation? Le médecin a un devoir d'assistance et de soins pour le patient et doit en même temps veiller à respecter les droits fondamentaux de la personne. Il doit aussi considérer que la perte de liberté qu'il impose temporairement en prescrivant une mesure de contrainte doit n'avoir pour but et ne se justifie que pour permettre une thérapie. Pour éviter le recours à une mesure de contrainte, le médecin doit gagner la confiance, rechercher le consentement du patient et solliciter sa responsabilité, laquelle est indispensable au rétablissement. En cas d'échec, il doit évaluer, le plus souvent dans l'urgence, la capacité du patient à consentir ou non à une thérapie. Si elle fait défaut, le recours à une mesure de contrainte peut devenir inévitable lorsque le clinicien estime qu'elle est le seul moyen d'éviter la survenue d'un danger pour le patient.

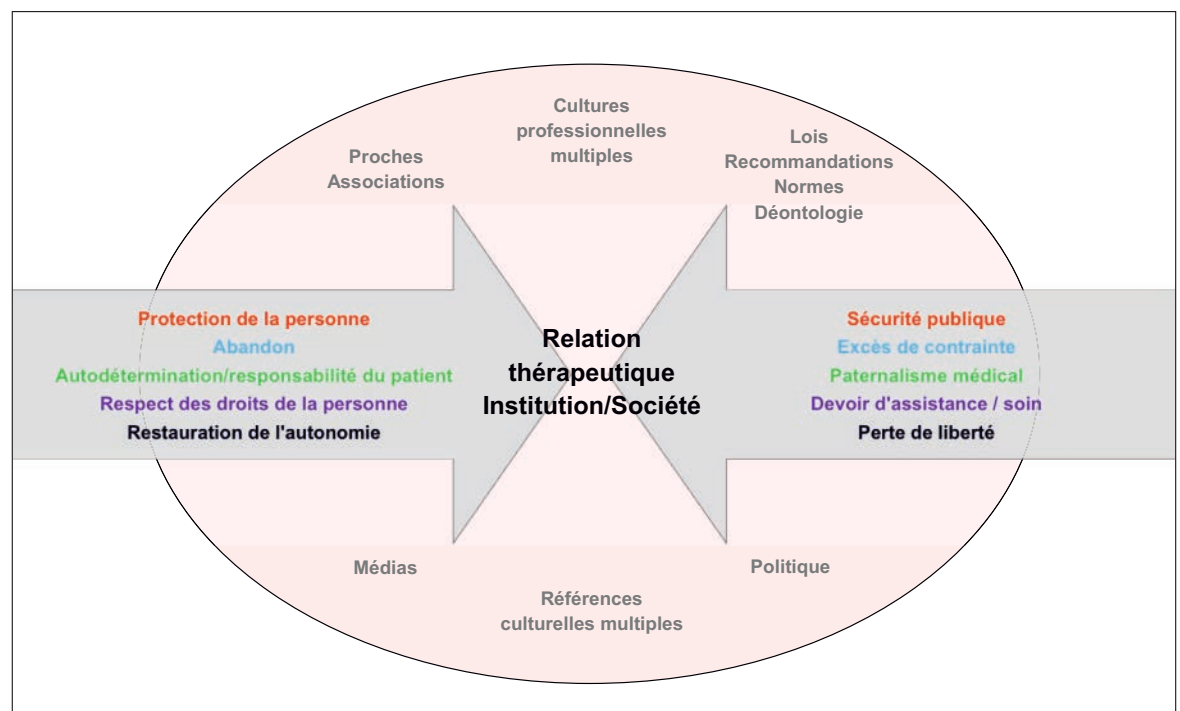


Figure 1: Facteurs entrant en jeu lors de la prescription d'une mesure de contrainte.

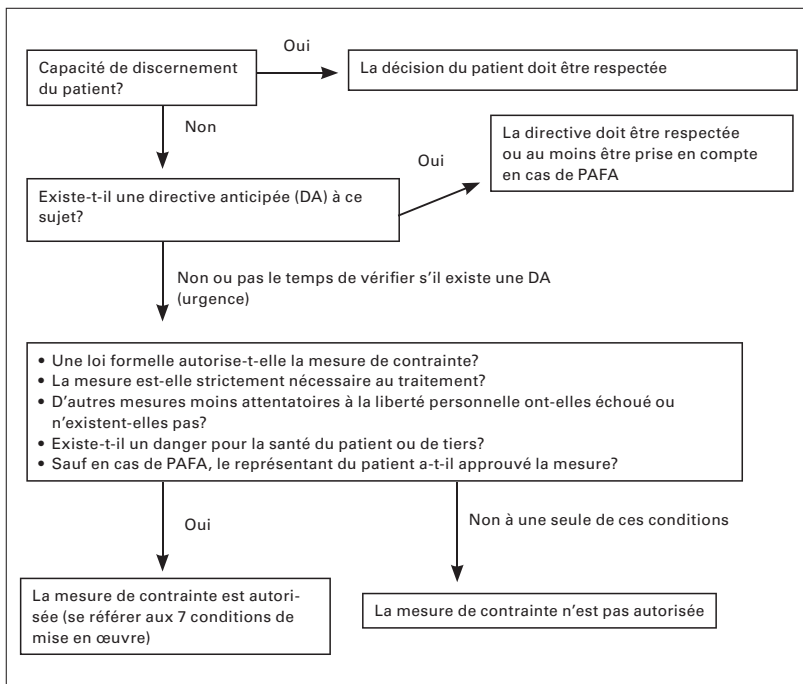


Figure 2: Aide à la décision: mesure de contrainte en psychiatrie hospitalière.

Dans la pratique clinique et en particulier dans les situations où il faut agir rapidement, la complexité des législations comme des directives médico-éthiques n'aident pas toujours le clinicien qui n'a pas forcément le loisir de s'y plonger lorsque se pose la question de la prescription d'une mesure de contrainte. Pour l'aider à décider de la prescrire ou d'y renoncer, le médecin peut suivre un questionnement selon l'arbre décisionnel proposé (fig. 2).

Disclosure statement

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

Photo de couverture

Tony Robert-Fleury, 1876. Philippe Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795. <http://medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/pinelp.html>, Wikimedia Commons.

Références

La liste complète et numérotée des références et des références supplémentaires sont disponibles en annexe de l'article en ligne sur www.medicalforum.ch.

L'essentiel pour la pratique

- Le trouble psychique est souvent perçu par le patient comme une limitation de la liberté individuelle. Aussi, le médecin devrait ne pas aggraver la détresse du patient par la prescription de mesures de contrainte (PAFA, isolement, enfermement, fixation, médication forcée) et rester conscient que leur application représente une atteinte sévère aux droits fondamentaux.
- Sans être exclusivement spécifique à la psychiatrie hospitalière, le thème y est crucial car les mesures de contrainte y sont à la fois souvent utilisées et par principes illicites. Il l'est aussi car il est directement lié à l'appréciation par le médecin de la capacité de discernement du patient.
- Même si un petit nombre seulement de patients souffrant d'un trouble psychique sévère ne dispose momentanément plus de la capacité à consentir à un traitement, l'appréciation de la capacité du patient à se déterminer et la question de l'indication à prescrire une mesure de contrainte sont quotidiennes, car l'état psychopathologique de patients hospitalisés en psychiatrie est très variable lors d'épisodes aigus.
- Les réponses à ces questions et les pratiques qui en découlent varient très considérablement d'un établissement à un autre, autant pour ce qui est de l'appréciation de la capacité d'un patient à consentir que pour définir quelle mesure de contrainte est acceptable et laquelle ne l'est pas.
- Les perceptions des patients, des proches et des professionnels varient considérablement quant à savoir laquelle se justifie, est la moins dommageable et la moins attentatoire à la liberté personnelle du patient. Au-delà des lois et des recommandations, les «habitudes de la maison» jouent un rôle déterminant pour décider quelles mesures se justifient et sont acceptables.
- Les mesures de contraintes génèrent toujours le malaise et parfois des sentiments de culpabilité et d'impuissance chez les médecins.
- Comme toute mesure de contrainte heurte la déontologie médicale, le médecin doit supporter de se faire violence quand il prescrit une mesure de contrainte inévitable et se rappeler que toute mesure limitative de la liberté ne trouve sa légitimité médicale que dans la stricte application des conditions mentionnées ci-dessus.

Correspondance:
Dr Georges Klein
Médecin chef
Service de Psychiatrie
et Psychothérapie
Hospitalière Adulte
Hôpital de Malévoz
CH-1870 Monthey
[georges.klein\[at\]hopitalvs.ch](mailto:georges.klein[at]hopitalvs.ch)

Literatur / Références

- [1] Pinel Ph. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Seconde édition. Paris. 1809
- [2] Petit M, Klein J Ph. Zwangsbehandlung mit richterlicher Genehmigung wieder möglich. Dtsch Arztlbl 2013 ; 110(9) : A 377-9
- [3] Wiesing U. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer. Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. Deutsches Ärzteblatt 2013 ; 110(26) : A 1334-8
- [4] Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, 2. www.thecochranelibrary.com. Dernière visite : mars 2015
- Sailas E. E. S, Fenton M. Isolement et contention chez les patients atteints de troubles mentaux graves. Cochrane Database of Systematic Review. 2012 ; 6. www.thecochranelibrary.com. Dernière visite : mars 2015
- [5] Prinsen E. J. D, van Delden J. J. M. Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? J Med Ethics. 2009 ; 35 : 69-73
- [6] Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Normes du CPT. <http://www.cpt.coe.int/fr/docsnormes.htm>. Version 2013. Dernière visite: mars 2015
- [7] Meier Ph, Lukic S. Introduction au nouveau droit de la protection de l'adulte. Schulthess Verlag, Zürich 2011
- [8] Steinert T. Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag. 2008
- [9] Gaebel W, Zäske H. Coercive treatment and stigma – is there a link? In : Coercive treatment in psychiatry . Clinical, legal and ethical aspects. Wiley-Blackwell. 2011
- [10] Gassmann J. Wirksamkeit des Rechtsschutzes bei psychiatrischen Zwangseinweisungen in der Schweiz. Septembre 2011. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, 3003 Bern. www.bag.admin.ch/themen . Dernière visite: mars 2015
- [11] Georgieva I, Mulder C. L, Wiersma A. Patients' Preference and Experiences of Forced Medication and Seclusion. Psychiatr Q. 2012; 83 : 1-13
- [12] Veltkamp E, Nijman H, Stolker J. J, Frigge K, Dries P, Bowers L. Patients' Preferences for Seclusion or Forced Medication in Acute Psychiatric Emergency in the Netherlands. Psychiatric Services. February 2008; 59, 2 : 209-211
- [13] Kallert T. W, Mezzich J. E, Monahan J. Coercive Treatment in Psychiatry. Clinical, legal and ethical aspects. Wiley-Blackwell. 2011
- [14] Burns T, Rugkasa J, Molodynski A, et al. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET) : A randomised controlled trial. Lancet 2013; 381:1627-33
- [15] Szmukler G, Dawson J. Reducing discrimination in mental health law – the « fusion » of incapacity and mental health legislation. In : Coercive treatment in psychiatry . Clinical, legal and ethical aspects. Wiley-Blackwell. 2011.

Zusätzliche Referenzen / Références supplémentaires

1. Kallert T. W, Mezzich J. E, Monahan J. Coercive Treatment in Psychiatry. Clinical, legal and ethical aspects. Wiley-Blackwell. 2011
2. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Achtung der Selbstbestimmungsfähigkeit und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine Stellungnahme der DGPPN. Nervenarzt 2014. 85 :1419-1431
3. Whittington R, Bowers L, Nolan P, Simpson A, Neil L. Approval Ratings of Inpatient Coercive Interventions in a National Sample of Mental Health Service Users and Staff in England. Psychiatric Services. June 2009 ; 60, 6 : 792-798
4. Sartorius N. Stigma and mental health, The Lancet. 2007; 370 : 810-811
5. Bauer A, Vollmann J. Einwilligungsfähigkeit bei psychisch Kranken. Eine Übersicht empirischer Untersuchungen. Der Nervenarzt. 2002; 73 : 1031-1038
6. Raad R, Karlawish J, Appelbaum P. S. The Capacity to Vote of Persons with Serious Mental Illness. Psychiatric Services. 2009; 60, 5 : 624-628
7. Von dem Knesebeck O, Mnich E, Kofahl C, Makowski A C, Lambert M, Karow A, Bock T, Härter M, Angermeyer M C. Estimated prevalence of mental disorders and the desire for social distance – Results from population surveys in two large German cities. Psychiatry Research 209. 2013 : 670-674
8. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer M C. Continuum beliefs and stigmatizing attitudes towards persons with schizophrenia, depression and alcohol dependence. Psychiatry Research 209. 2013 : 665-669
9. Schomerus G, Schwahl C, Holzinger A, Corrigan P. W, Grabe H. J, Carta M. G, Angermeyer M. C. M. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2012; 125 : 440-452
10. Angermeyer M C, Matschinger H, Schomerus G. Has the public taken notice of psychiatric reform? The image of psychiatric hospitalis in Germany 1990-2011. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013; 48 : 1629-1635
11. Schomerus G, Angermeyer M C. Psychiatrie – Einstellungen der Öffentlichkeit zur psychiatrischen Versorgung 1990-2011. Psychiatr Prax. 2013; 40 : 59-61
12. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer M. C. Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness : a comparative analysis of schizophrenia, depression and alcohol dependence. Psychological Medicine. 2014; 44 :303-314
13. Ritmannsberger H, Sartorius N. Changing aspects of psychiatric inpatient treatment. A census investigation in five European countries. European Psychiatry. 2004 ; 19 : 483-488
14. Sollberger D, Lang U.E, Psychiatrie mit offenen Türen. Teil 1 und 2 : Therapeutische Herausforderungen. Der Nervenarzt. 2013; 1-7
15. Bardet Blochet A. Les chambres fermées en psychiatrie : poursuivre le début pour dépasser les conflits. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 2009 ; 160(1) : 4-11
16. Bowers L, Haglund K, Muir-Cochrane E, Nijman H, Simpson A, Van der Merwe M. Locked doors : a survey of patients, staff and visitors. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2010 ; 17 : 873-880
17. Van der Merwe, Bowers L, Jones J, Simpson A, Haglund K. Locked doors in acute inpatient psychiatry : a literature review. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2009 ; 16 : 293-299
18. Lang U. E, Hartmann S, Schulz-Hartmann S, Gudlowski Y, Ricken R, Munk I, von Haebler D, Gallinat J, Heinz A. Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding ? Eur. J. Psychiatr. 2010; 24, No 4 : 199-204
19. Bowers L, Jarrett M, Clark N. Absconding : a literature review. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 1998 ; 5 : 343-353
20. Bowers L, van der Werf B, Vokkolainen A, Muir-Cochrane, Allan T, Alexander J. International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients : A comparative questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2007 ; 44 : 357-364
21. Newton-Howes G, Muller R. Coercion in Psychiatric Care : Systematic Review of Correlates and Themes. Psychiatric Services. May 2011 ; 62, 5 : 465-470
22. Bowers L. Association Between Staff Factors and Levels of Conflict and Containment on Acute psychiatric Wards in England. Psychiatric Services. February 2009 ; 60, 2 : 231-239
23. Borckardt J, Madan A, Grubaugh A. L, Danielson C. K, Pelic C. G, Hardesty S. J, Hanson R, Herbert J, Cooney H, Benson A, Frueh B. C. Systematic Investigation of Initiatives to Reduce Seclusion and Restraint in a State Psychiatric Hospital. Psychiatric Services. May 2011 ; 62, 5 : 477-483
24. Bowers L, Van der Merwe M, Nijman H, Hamilton B, Noorthorn E, Stewart D, Muir-Cochrane E. The Practice of Seclusion and Times-out on English Acute Psychiatric Wards : The City-128 Study. Archives of Psychiatric Nursing. 2010 ; 24, 4 : 275-286
25. Frajo-Apor B, Stippler M, Meise U. « Etwas Erniedrigenderes kann dir eigentlich in der Psychiatrie nicht passieren ». Psychiatr Prax. 2011; 38 : 293-299
26. Salize H. J, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. British Journal Of Psychiatry. 2004 ; 184 : 163-168
27. Bowers L, van der Werf B, Vokkalainen A, Muir-Cochrane E, Allan T, Alexander J. International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients : A comparative questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2007 ; 44 : 357-364
28. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, Keski-Valkama A, Mayoral F, Whittington R. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals : a literature review and survey of international trends. Soc Psychiatr Epidemiol. 2009
29. Khazaal Y, Bonsack C, Borgeat F. La contrainte en psychiatrie : actualités et perspectives. Revue Médicale Suisse. 2005 ; 1, 7 : 515-518
30. Müller A, Walter H, Heinz. Fixieren statt behandeln? Dtsch Arztlbl 2012; 109(5) :198-203

31. Whittington R, Bowers L, Nolan P, Simpson A, Neil L. Approval Ratings of Inpatient Coercive Interventions in a National Sample of Mental Health Service Users and Staff in England. *Psychiatric Services*. June 2009 ; 60, 6 : 792-798
32. De Benedictis L, Dumais A, Sieu N, Mailhot M, Létourneau G, Tran M. A, M, Stikarovska I, Bilodeau M, Brunelle S, Côté Gi, Lesage A. D. Staff Perceptions and Organizational Factors as Predictors of Seclusion and Restraint on Psychiatric Wards. *Psychiatric Services*. May 2011 ; 62, 5 : 484-491
33. Bowers L. Association Between Staff Factors and Levels of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards in England. *Psychiatric Services*. February 2009 ; 60, 2 : 231-239
34. Raboch J, Kalisova L, Nawka A, Kitzlerova E, Onchev G, Karastergiou A, Magliano L, Dembinskas A, Kiejna A, Torres-Gonzales F, Kjellin L, Priebe S, Kallert T. W. Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries. *Psychiatric Services*. Octobre 2010; 61, 10 : 1012-1017
35. Borckardt J. J. Madam A. Grubaugh A. L, Danielson C. K, Pelic C. G, Hadesty S. J, Hanson R, Herbert J, Cooney H, Benson A, Frueh, B. C. Systematic Investigation of Initiatives to Reduce Seclusion and Restraint in a State Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services*. May 2011; 62, 5 : 477-483
36. Bergk J, Einsiedler B, Flammer E, Steinert T. A Randomized Controlled Comparison of Seclusion and Mechanical Restraint in Inpatient Settings. *Psychiatric Services*. November 2011; 62, 11 : 1310-1317
37. Veltkamp E, Nijman H, Stolker J. J, Frigge K, Dries P, Bowers L. Patients' Preferences for Seclusion or Forced Medication in Acute Psychiatric Emergency in the Netherlands. *Psychiatric Services*. February 2008; 59, 2 : 209-211
38. Sheehan K. A, Burns T. Perceived Coercion and the Therapeutic Relationship : A Neglected Association ? *Psychiatric Services*. May 2011 ; 62, 5 : 471-476
39. Berzlanovich A. M, Schöpfer J, Keil W. Todesfälle bei Gurtfixierungen. *Dtsch Arztebl*. 2012; 109: 27-32
40. Trachsel M, Hermann H, Biller-Andorno N. Capacité de discernement. Signification éthique, défi conceptuel et appréciation médicale. *Forum Med Suisse*. 2014 ; 14(11) : 221-225
41. Vollmann J. Einwilligungsfähigkeit als relationales Modell. *Der Nervenarzt*. 2000; 71 : 709-714
42. Vollmann J, Bauer A, Danker-Hopfe H, Helmchen H. Competence of mentally ill patients: a comparative empirical study. *Psychological Medicine*. 2003; 33 : 1463-1471
43. Bowers L, Whittington R, Nolan P, Parkin D, Curtiss S, Bhui K, Hackney D, Allan T, Simpson A. *The British Journal of Psychiatry*. 2008; 193 : 395-401
44. Wiesing U. Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. *Dtsch Arztebl* 2013; 110(26): 1334-8
45. Steinert T, Schmid P. Zwangsmassnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. *Der Nervenarzt*. 2014; 85; 621-629
46. Georgieva I, Mulder C. L, Wiersma A. Patients' Preference and Experiences of Forced Medication and Seclusion. *Psychiatr Q*. 2012; 83 : 1-13
47. Stout P. A, Villegas J, Jennings N. A. Images of Mental Illness in the Media: Identifying Gaps in the Research. *Schizophrenia Bulletin*. 2004; 30, 3 : 543-561
48. Link B. G, Yang L. H, Phelan J. C, Collins P. Y. Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 2004 ; 20, 3 : 511-541
49. Stengel A. Une étude des représentations des troubles psychiques. *Soins psychiatrie*. Janvier/février 2010 ; 266 : 42-45
50. Schulze B. Stigma and mental health professionals : A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*. April 2007 ; 19, 2 : 137-155
51. Pescosolido B. A. The Public Stigma of Mental Illness : What Do We Think ; What Do We Know ; What Can We Prove ? *Journal of Health and Social Behavior*. 2014 ; 54, 1 :1-21
52. Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W. Do mental health professionals stigmatize their patients ? *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006; 113 (suppl. 429) : 51-59
53. Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*. 2006; 32, 4 : 709-714
54. Morandi S. Place de la stigmatisation dans la contrainte en psychiatrie: l'exemple des mesures ambulatoires. *Swiss archives of neurology and psychiatry* 2014; 165(7): 249-53
55. Schomerus G, Auer Ch, Rhode D, Luppá M, Freyberger H. J, Schmidt S. Personal stigma, problem appraisal and perceived need for professional help in currently untreated depressed persons. *Journal of Affective Disorders*. 2012; 139 : 94-97
56. Link B. G, Yang L. H, Phelan J. C, Collins P. Y. Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 2004; 30, 3 : 511-541
57. Stengel A. Une étude des représentations des troubles psychiques. *Soins Psychiatrie*. Janvier/février 2010 ; 266 : 42-45
58. Angermeyer M. C, Matschinger H, Schomerus G. Public attitudes towards people with depression in times of uncertainty : results from three population surveys in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013 ; 48 : 1513-1518
59. Pescosolido B. A. The Public Stigma of Mental Illness : What Do We Think ; What Do We Know ; What Can We Prove ? *Journal of Health and Social Behavior*. American Sociological Association. 2013 ; 54(1) : 1-21
60. Schomerus G, Angermeyer M. C. Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 2008; 17, 1 : 31-37
61. Holzinger A, Floris F, Schomerus G, Carla M. G, Angermeyer M. C. Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries : A systematic review of population studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2012; 21 : 73-85
62. Fährdrich E, Munk I. Entweichung eines Patienten aus einer Klinik mit offenen Türen. Wie beurteilen Gerichte die Frage der Verantwortlichkeit? *Abconding of a Patient*

- from an Acute Psychiatric Ward. Whom Do the Courts Hold Liable? *Psychiatr Prax.* 2010; 37 : 89-91 (3) : 90-95
63. Lebel J. L. Coercion Is Not Mental Health Care. *Psychiatric Services.* May 2011 ; 62, 5 : 453
64. Newton-Howes G, Mullen R. Coercion in Psychiatric Care : Systematic Review of Correlates and Themes. *Psychiatric Services.* May 2011 ; 62, 5 : 465-470
65. Knutzen M, Mjosund N. H, Eidhammer G, Lerentzen S, Opjordsmoen S, Sandvik L, Friis S. Characteristics of Psychiatric Inpatients Who Experienced Restraint and Those Who Did Not : A Case-Control Study. *Psychiatric Services.* May 2011 ; 62, 5 : 492-497
66. Rey-Bellet Ph, Blochet A. B, Ferrero F. Hospitalisations non volontaires à Genève : la liberté sous contrainte ? *Schweizer Archiv für Neurologie and Psychiatrie.* 2010 ; 161 (3) : 90-95
67. Jaeger S, Pffner C, Weiser P, Längle G, Croissant D, Schepp W, Kilian R, Becker T, Eschweiler G, Steinert T. Long-term effects of involuntary hospitalization on medication adherence, treatment engagement and perception of coercion. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013 ; 48 : 1787-1796
68. Fogel D, Steinert T. Aggressive and gewalttätige Patienten. Fixierung. *Lege artis.* 2012; 2 : 28-33
69. Steinert T. Nach 200 Jahren Psychiatrie: Sind Fixierungen in Deutschland unvermeidlich? *Psychiat Prax.* 2011 ; 38 (7) : 348-351.