

h e d s

Haute école de santé
Genève

Filière Soins infirmiers

La relation d'aide et les mesures de contrainte physique

Travail de Bachelor

Martinho Pinto Sónia Cecília

N° matricule 08339475

Neves dos Santos Diana

N° matricule 10643856

Renouard Marie-Gaëlle

N° matricule 08347726

Directrice : Forestier Aline - adjointe scientifique HES

Membre du jury externe : Boulguy Serge - assistant de la responsable des soins -
Département de psychiatrie - HUG

Genève, 27 mai 2014

Résumé

Ce travail de bachelor porte sur le thème des mesures de contrainte physique et plus particulièrement, sur le maintien du lien thérapeutique lors de leur application en milieu psychiatrique. L'objectif principal de ce mémoire de fin d'études est de mettre en évidence des outils et stratégies de soins infirmiers soutenant la pratique professionnelle dans ces conditions particulières.

Ce sujet sera traité au travers d'une revue de la littérature et complété par deux interviews. Ces entretiens permettent l'ancrage des notions théoriques apportées par la recension des écrits dans la pratique hospitalière genevoise. Les résultats issus de l'analyse des articles et des entretiens seront par la suite discutés sous l'éclairage de la théorie du Caring Transpersonnel de Jean Watson.

Finalement, différents outils et méthodes seront analysés, constituant ainsi une palette de ressources à disposition des infirmiers. Ces derniers pouvant en effet se trouver en difficulté quant à la création et au maintien d'une relation thérapeutique avec une personne sous mesure de contrainte physique.

Mots-clés

Relations infirmier-patient ; *Nurse-patient relations*

Contrainte physique ; *Restraint, physical*

Soins infirmiers en psychiatrie ; *Psychiatric nursing*

Outils relationnels infirmiers ; *Relational nursing tools*

Pratique professionnelle ; *Professional practice*

Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie. »

Fait à Genève, le 27 mai 2014

Martinho Pinto Sónia Cécília, Neves dos Santos Diana, Renouard Marie-Gaëlle

Remerciements

En préambule de ce bachelor thésis, nous souhaitons adresser nos remerciements les plus sincères à notre directrice de mémoire Madame Aline Forestier, pour son encadrement, son soutien et sa disponibilité.

Nous tenons également à remercier sincèrement Monsieur Serge Boulguy, assistant de la responsable des soins du département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève, pour sa contribution à nos recherches, son investissement et sa disponibilité.

Nos remerciements s'adressent également à Monsieur James Coulin, infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie, pour sa participation active à notre récolte de données, sa disponibilité et son implication personnelle.

Enfin, nous tenons à exprimer notre gratitude à nos proches pour leur soutien infaillible et leurs encouragements au cours de la réalisation de ce travail de bachelor. Merci à tous.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
OBJECTIFS	5
MOTIVATIONS PERSONNELLES ET PROFESSIONNELLES.....	6
MOTIVATIONS DISCIPLINAIRES ET INTERDISCIPLINAIRES.....	7
MOTIVATIONS SOCIOPOLITIQUES	8
HYPOTHÈSE DE DÉPART	8
BUT GÉNÉRAL.....	9
PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS	10
RECENSION DES ÉCRITS.....	10
QUESTION DE RECHERCHE	11
ANCRAGE THEORIQUE	13
PRÉSENTATION DE JEAN WATSON	13
LES FACTEURS CARATIFS ET PROCESSUS DE CARITAS CLINIQUES	13
LE CARING ET LES MÉTACONCEPTS	17
CONCLUSION DE L'ANCRAGE THÉORIQUE	18
METHODOLOGIE	19
MESH TERMS : LA GRILLE PICO	19
CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION DES ARTICLES	20
DIAGRAMME DE FLUX	21
ANALYSE DES RESULTATS	23
DÉFINITION D'UNE MESURE DE CONTRAINTE, PARTICULARITÉS ET MODALITÉS D'APPLICATIONS	23
SOINS ET SURVEILLANCES, RÔLE PROPRE, RÔLE DÉLÉGUÉ ET POSITIONNEMENT INFIRMIER	25
DÉFINITION DU LIEN THÉRAPEUTIQUE ET COMPATIBILITÉ AVEC LES MESURES DE CONTRAINTE	26
INFLUENCE DE L'APPROCHE RELATIONNELLE SUR LE VÉCU DU PATIENT	28
OUTILS INFIRMIERS	29
DISCUSSION	33
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	42
ANNEXES	45
I. DIAGRAMME DE FLUX	45
II. QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN	45
III. TABLEAU RÉCAPITULATIF DES ARTICLES	45
IV. LOI GENEVOISE K 1 03.....	45
V. LOI GENEVOISE K 3 03.....	45
VI. PROTOCOLE INSTITUTIONNEL DES HUG.....	45

INTRODUCTION

Objectifs

Dans le cadre de la dernière année d'études en bachelor de soins infirmiers, s'inscrit la réalisation d'un travail de bachelor, également appelé bachelor thésis. Selon le Plan d'Etude Cadre Bachelor 2006 de la filière de formation soins infirmiers, ce travail a pour but d'initier les étudiants à la recherche, dans le respect des principes éthiques et déontologiques, tout en leur permettant d'acquérir les compétences suivantes :

- l'élaboration d'un questionnement professionnellement pertinent ;
 - un choix approprié et l'utilisation pertinente de références théoriques ;
 - l'utilisation d'une méthodologie appropriée ;
 - des capacités d'analyse et d'argumentation ;
 - une mise en perspective fondée sur les résultats obtenus et les conclusions dégagées
- (PEC, 2006, p.15-16).

La réalisation d'un travail de bachelor offre une opportunité d'apprentissage et de compréhension en ce qui concerne la structure et les modalités de réalisation d'un travail de recherche. Les élèves sont amenés à recueillir de façon organisée et approfondie des informations sur la thématique qui les intéresse. Ils doivent également trier ces informations et les analyser à l'aide d'un support adéquat. Ces acquis se révéleront potentiellement très utiles dans un contexte de réalisation de mémoire de fin d'études, pour une spécialisation infirmière ou un travail de master.

La thématique de ce mémoire de fin d'études concerne les mesures de contrainte physique et la problématique porte sur le maintien du lien thérapeutique lors de l'application de ces mesures. L'objectif principal du travail est donc l'apprentissage d'un certain nombre de connaissances théoriques sur le sujet par le biais de recherches documentaires et d'interviews de professionnels. Ces connaissances théoriques permettront par la suite de fournir différents éléments de réponse aux sous-questions et à la question de recherche. Les données obtenues par l'analyse des articles et des interviews offriront de nouveaux atouts pour la pratique professionnelle. En effet, les pistes soulevées par ce travail constitueront un apport précieux à une future pratique professionnelle, qu'il s'agisse du milieu psychiatrique ou somatique.

Un objectif secondaire de ce travail de bachelor concerne le travail d'équipe et la cohésion de groupe. Plus précisément, l'amélioration et l'optimisation des compétences en matière de travail d'équipe, notamment en ce qui concerne l'organisation du travail, la planification dans le temps, et la gestion des imprévus. La réalisation de ce travail de fin d'études offre une opportunité de travailler ces facultés, ce qui se révélera très bénéfique dans un contexte professionnel. En effet, la grande majorité des infirmiers exercent leur profession en équipe, et collaborent avec d'autres professionnels de la santé (équipe multi-disciplinaire).

Enfin, la rédaction de ce travail s'effectuant en parallèle avec les cours, les stages et les vacances, il devient le fil rouge de la dernière année de formation.

Motivations personnelles et professionnelles

Nous avons décidé d'inscrire notre thématique de travail de bachelor dans le domaine de la santé mentale afin de mettre à profit nos expériences de stages et d'approfondir un sujet de notre choix dans ce contexte de soins si particulier.

Nos stages en psychiatrie ont été des expériences très fortes et bouleversantes. Certes, nous avons été émotionnellement épuisées, mais ces périodes de formation pratique nous ont également apporté énormément d'acquis, autant personnels que professionnels. Ils nous ont poussées à réviser nos points de vue et à écarter certains préjugés et idées-reçues sur la maladie, la santé, la normalité et les soins. Ces expériences nous ont confrontées au quotidien à l'utilisation des mesures de contrainte et aux nombreuses difficultés qu'elles peuvent engendrer.

Nous avons pu observer que la mise en place de ces mesures tend souvent à dégrader voir à détruire la relation thérapeutique entre le soignant et le patient. De ce fait, nous avons décidé de traiter des mesures de contrainte physique et plus particulièrement, de la relation thérapeutique lors du recours à ces mesures.

Nous sommes très intéressées et motivées par ce sujet. Nous avons la conviction que le processus de réalisation de ce projet nous apportera de nouveaux acquis en termes de connaissances théoriques et nous permettra également d'améliorer notre organisation personnelle, ainsi que nos facultés de travail en équipe.

Motivations disciplinaires et interdisciplinaires

Malgré l'évolution de la médecine et de la société, les mesures de contrainte physique demeurent un sujet tabou qui divise les esprits. En dépit de la controverse qu'elles provoquent, les mesures de contrainte sont toujours présentes dans les soins. Les infirmiers sont donc confrontés au quotidien à des patients soumis à ce type de modalités très spécifiques.

Le but de ce travail de recherche est de découvrir des modèles ainsi que des outils qui soient en mesure de soutenir le corps infirmier et par conséquent tous les autres intervenants, dans le maintien ou dans la création d'une relation thérapeutique solide et durable à l'égard de ces patients. Ce but sous-tend le développement de concepts préexistants et d'éventuelles idées innovatrices. Les mesures de contrainte étant un sujet aussi intéressant que vaste, il a été décidé de traiter ce sujet sous l'angle des soins dispensés en psychiatrie hospitalière. Cette approche permet de focaliser la recherche dans un contexte de soins spécifique et ainsi de préciser la question de recherche.

Aujourd'hui, les mesures de contrainte physique sont omniprésentes dans les lieux de soins, aussi bien en psychiatrie que dans d'autres domaines. Cela sous-entend donc que l'ensemble du corps soignant, et toutes professions adjacentes, sont susceptibles d'être confrontés à des patients sous mesures de contrainte physique. Il est donc souhaitable que ces nombreux acteurs du réseau de soins soient en mesure de créer une relation thérapeutique avec le bénéficiaire de soins, mais également de la maintenir et ceci malgré la présence d'éventuelles mesures de contrainte. Ce lien thérapeutique permet au patient de se sentir en confiance avec les professionnels rencontrés au quotidien. Cette relation de confiance est rendue possible par la cohésion existant entre les différents acteurs du réseau de soins. La cohésion des acteurs du réseau de soins peut également se répercuter positivement sur les proches du malade. Cela peut notamment faciliter l'acceptation des mesures de contrainte car ils pourront sentir et constater que la relation soignant-soigné ne s'arrête pas à l'application de la mesure de contrainte physique.

Motivations sociopolitiques

Le domaine de la psychiatrie et la thématique de la contrainte physique sont des sujets d'actualité largement médiatisés. Beaucoup de représentations, et d'idées reçues sont véhiculées par les médias et la population. Il est donc pertinent d'explorer cette problématique du point de vue soignant. En effet, cela offrira l'occasion d'en apprendre plus sur leurs perceptions de ce phénomène, ainsi que sur leur savoir-être et savoir-faire.

Afin d'appuyer le fait que l'application de mesures de contrainte physique est un sujet d'actualité, des recherches de données statistiques ont été effectuées. Cependant, un réel manque de publications disponibles concernant ce sujet fut rapidement constaté.

En revanche, les données présentées ci-dessous sont extraites de deux tableaux issus de rapports d'activités de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients. Elles tendent à montrer une évolution positive dans la gestion de l'application de mesures de contrainte.

Décisions rendues par les délégations	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Demandes de levée de mesures de contrainte	68	40	25	22	20	12

Tiré de : Dares, 2009, 2012

En effet, le nombre de demandes de levée de mesures de contrainte entre 2007 et 2012 accuse une diminution progressive de soixante-huit à douze demandes. Ce résultat est très positif mais il est regrettable de ne pas connaître les facteurs responsables de cette diminution du nombre de recours.

Hypothèse de départ

Dans le cadre de ce travail de bachelor, l'hypothèse de départ affirme que la création d'un lien thérapeutique serait un facteur contribuant à la diminution du nombre de demandes de levée de mesures de contrainte. Par conséquent, déterminer les outils infirmiers pouvant favoriser la création et le maintien d'un lien thérapeutique constitue une opportunité de progression pour la pratique professionnelle. Les bénéfices étant l'amélioration de la relation patient-infirmier, la diminution du nombre de procédures de recours, ainsi que la baisse des coûts socio-économiques.

But général

Le but général de ce travail de bachelor est de revisiter des outils, des méthodes, qui soient en mesure d'aider les infirmiers et les infirmières dans le domaine de la psychiatrie. En particulier lorsque ces professionnels de la santé rencontrent des difficultés quant au maintien ou à la création du lien thérapeutique, à l'égard d'un patient sous mesure de contrainte physique.

Il est important de souligner que ce travail traite du lien thérapeutique en situation de mesure de contrainte, sans aborder la question du positionnement éthique en faveur ou défaveur de cette pratique.

PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS

Recension des écrits

Une première recension des écrits a permis de vérifier la pertinence de la question de départ. Cette dernière s'inscrit dans le cadre de l'étude de la relation thérapeutique dans le domaine de la psychiatrie et santé mentale, vaste sujet de recherche à la fois ancien et terriblement actuel.

Dans un rapport d'études portant sur l'interaction entre les infirmiers et les patients adultes hospitalisés en psychiatrie de 1999 à nos jours, il fut démontré que les infirmiers et infirmières sont souvent perçus de façon péjorative dans leur travail, non seulement par les patients mais également par les autres professionnels de la santé (Cleary, Hunt, Horsfall, & Deacon, 2012).

Cette impression négative peut être accentuée lorsque l'infirmier ou l'infirmière en psychiatrie met en place, ou se positionne en faveur de la mise en place d'une contrainte physique pour l'un de ses patients. Le professionnel de la santé peut alors être perçu comme abusant de son « pouvoir », pour se « débarrasser » d'un patient demandant trop d'attention (Lindwall, Boussaid, Kulzer & Wingerblad, 2012). Ceci peut conduire à des situations mettant en péril la dignité des patients et provoquant chez ceux-ci des sentiments tels que la colère, la frustration ou la peur (Lindwall, Boussaid, Kulzer & Wingerblad, 2012).

Tous ces sentiments sont naturellement incompatibles avec le maintien d'un lien thérapeutique entre le patient et son référent infirmier. Il est cependant possible de sauvegarder ce lien, cette relation d'aide, lorsque l'on tient compte des suggestions, des opinions et du vécu des patients (Kontio et al., 2012).

Ces premières pistes ont aidé à la clarification de la question de recherche. Il a été choisi de traiter cette question en excluant les textes portant sur le débat éthique concernant le recours aux mesures de contrainte. En effet, l'intérêt de ce travail est centré autour de la relation entre le patient et le soignant et les outils pratiques relatifs à celle-ci.

Par la suite, il a été nécessaire de choisir un modèle de soins, un ancrage théorique, correspondant au phénomène de recherche et de ce fait, offrant un éclairage théorique intéressant. Le modèle du Caring développé par Jean Watson fut rapidement choisi.

Le modèle du Caring selon Jean Watson fournit un grand nombre de suggestions théorico-pratiques pouvant être appliquées par les soignants dans les soins infirmiers au quotidien et ainsi avoir une influence positive sur la qualité de vie des patients (Behice et al., 2003). Dans certains pays, comme au Brésil, le modèle du Caring est enseigné aux chercheurs en soins infirmiers dans leur formation post-grade, ce qui conduit à la publication de nombreuses recherches utilisant cet ancrage théorique (Favero, Meier, Lacerda, Mazza & Kalinowski, 2009) et par conséquent, à une grande source d'écrits pour ce travail de bachelor.

L'article de Wade & Kasper (2006), s'est révélé être une étude qui a démontré l'importance d'une attitude empreinte de Caring de la part des formateurs en soins infirmiers dans leur enseignement. Cette attitude pédagogique inspirée du Caring permet aux étudiants d'être influés positivement dans leur future pratique professionnelle.

Finalement, l'intérêt de ce travail est de traiter d'un sujet ancré dans le domaine de la psychiatrie, mais qui touche également les autres lieux de soins. Cet intérêt se reflète sur le choix du modèle, qui est applicable à tous les domaines de soins (Favero, Meier, Lacerda, Mazza & Kalinowski, 2009).

Ce travail de bachelor représente une démarche réflexive pouvant constituer un éventuel support pour des professionnels se trouvant en difficulté quant au maintien du lien thérapeutique, dans le contexte d'application d'une mesure de contrainte physique.

Question de recherche

Les différents éléments précédemment abordés, ont conduit à la formulation de la question de recherche. Cette question représente le socle de ce travail. En effet, celle-ci est le port d'attache de la réflexion, des recherches mais aussi de l'analyse.

Dans un contexte de soins en psychiatrie :

Quels sont les outils utilisés par l'infirmier, pour maintenir un lien thérapeutique avec le patient adulte auprès duquel il doit appliquer une mesure de contrainte physique ?

Par la suite, sur la base de cette question de recherche, différentes sous-questions ont pu être élaborées. Ces sous-questions ont pour fonction de guider la réflexion durant le processus de recherche et d'analyse.

Elles découlent naturellement de la question de recherche et représentent différents aspects de la problématique de ce travail.

- A) Les mesures de contrainte diffèrent d'un canton à un autre. Quelle est la définition d'une mesure de contrainte, selon les autorités genevoises ? Quelles en sont les particularités et les modalités d'applications ?
- B) Quels sont les soins et surveillances infirmiers liés aux mesures de contrainte ? Quel est le rôle propre de l'infirmier dans de telles situations ? Ou se situe la limite du rôle propre infirmier et du rôle infirmier délégué ? Comment doit-il se positionner ?
- C) Comment définir le lien thérapeutique ? Est-il compatible avec les mesures de contrainte physique ?
- D) En quoi l'approche relationnelle affecte-t-elle le vécu du patient sous mesure de contrainte physique ?
- E) Comment définir le terme « outil » ? Quels sont les outils auxquels un infirmier peut se référer dans un contexte de mesures de contrainte physique ?

La question de recherche et les différentes sous-questions qui en découlent seront traitées sous le focus de la théorie du Caring Transpersonnel de Jean Watson. De ce fait, il paraît relevant d'argumenter brièvement le choix de cet ancrage théorique. Une présentation approfondie de Jean Watson, de sa théorie, et des liens avec la thématique de recherche figurent dans le chapitre suivant, intitulé « Ancrage théorique ».

La théorie du Caring Transpersonnel a été retenue car elle s'accorde parfaitement avec la question de recherche du travail. À travers ses écrits, Jean Watson pose les fondements d'une pratique infirmière basée sur les intérêts du patient. Les facteurs caritatifs et les processus de caritas clinique qui en découlent sont des lignes de conduite générales qui guident la pratique infirmière. De ce fait, cette théorie constitue un support théorique adéquat pour l'élaboration de ce mémoire de fin d'études, et plus particulièrement pour l'analyse et la discussion des articles.

ANCRAGE THEORIQUE

Présentation de Jean Watson

Jean Watson, est née 1940 en Virginie USA. Elle obtient son diplôme de soins infirmiers en 1961 et un doctorat en psychologie de l'éducation et « counseling » en 1973.

En 1979, Jean Watson, a créé la théorie du Caring Transpersonnel. Le terme « caring » est un terme anglais ; c'est un adjectif pouvant être traduit par « bienveillant ». Le verbe « to take care » signifie quant à lui « prendre soin ». La théorie du Caring est donc littéralement la théorie du soin. Cette théorie s'inscrit dans le paradigme de la transformation. Ce paradigme représente un courant de pensées considérant que l'activité soignante vise au bien-être de la personne soignée, tel que cette dernière le définit. L'intervention infirmière consistant de ce fait à être avec l'autre en utilisant son propre être et sa sensibilité (Séchaud & Hicklin, communication personnelle [Polycopié], 23 février 2012). La théorie du Caring Transpersonnel s'inscrit dans cette vision du soin et est élaborée sur la base de dix éléments fondateurs, intitulés « facteurs caratifs ».

Actuellement, Jean Watson est Professeure émérite en sciences infirmières à l'université des Sciences de la santé à Denver (Colorado, USA), depuis 1999. Elle est la directrice et fondatrice du « Center for Human Caring », ainsi que membre de l'Académie américaine de soins infirmiers.

Les facteurs caratifs et processus de caritas cliniques

La théorie du Caring Transpersonnel de Jean Watson est fondée sur dix facteurs caratifs. Ces facteurs concernent les individus impliqués dans la relation soignante et sont à la base de la philosophie du soin selon Jean Watson. En effet, l'amalgame des dix facteurs caratifs, joue un rôle positif dans le développement ou dans la conservation de l'état de santé. Par la suite, Watson a transcrit les dix facteurs caratifs en processus de caritas cliniques, au nombre de dix également. Les processus de caritas cliniques sont une version plus détaillée et explicite des facteurs caratifs originaux.

Dans sa conception, Madame Watson considère la profession infirmière à la fois comme une science et un art puisqu'elle repose sur un système de valeurs humanistes et altruistes et sur des connaissances scientifiques. Le «Caring» est un idéal moral faisant appel à un engagement personnel, dont l'objectif est le respect de la dignité humaine et la préservation de l'humanité (Journal association FSI-USJ, 2006, p. 15).

Pour elle, le caring est un regard, un toucher, une voix qui invite l'infirmière à entrer en relation avec l'autre, en dehors des soins techniques, c'est un appel à entrer dans le champ phénoménal de l'autre et même dans l'humanité elle-même. En effet, c'est à travers le toucher que nous rentrons dans la vie de l'autre, dans une relation transpersonnelle avec lui afin de l'aider à atteindre un plus haut niveau d'harmonie entre son âme, son corps et son esprit (Journal association FSI-USJ, 2006, p. 16).

« Le Caring est un accompagnement de la personne afin de l'aider à comprendre, contrôler et à s'auto-guérir (self-healing) » (Journal association FSI-USJ, 2006, p. 16).

Les facteurs caratifs, éléments fondateurs de la théorie du Caring de Jean Watson, sont présentés ci-dessous. Les processus de caritas clinique correspondant à chaque facteur caratif sont insérés en italique, suivis d'un commentaire explicatif.

Selon Watson, 1979, traduction libre, p. 9-10 :

1) Système de valeurs humanistes et altruistes

Pratique d'amour-bonté et d'égalité dans un contexte de conscience caring.

Ce premier facteur caratif fait référence au système de valeurs des soignants. Dans un contexte de mesure de contraintes, il est particulièrement important de faire preuve de caring et d'égalité, afin que le patient ne se sente pas rejeté. Un sentiment de rejet peut en effet détériorer la relation thérapeutique.

2) La croyance et l'espoir

Être authentiquement présent, faciliter et maintenir le système de croyances profondes et le monde subjectif du soignant et du soigné.

Une personne hospitalisée en psychiatrie peut potentiellement traverser des moments de perte d'espoir relatifs à sa maladie psychique. Cet état d'esprit n'est pas favorable à la création d'une relation d'aide et au rétablissement de la personne.

Le rôle du soignant est d'accompagner le patient afin de l'aider à maintenir un système de croyances et de favoriser le développement de l'espoir.

3) Prendre conscience de soi et des autres

Culture de ses propres pratiques spirituelles et du soi transpersonnel, se dirigeant au-delà du soi ego, s'ouvrant aux autres avec sensibilité et compassion.

Pour prendre soin d'autrui, il est indispensable de premièrement être capable de prendre soin de soi-même. De cette façon, le soignant est capable de s'ouvrir à l'autre de manière plus authentique, et de faire preuve de sensibilité et de compassion. Cette ouverture sur l'autre est un facteur clé de la relation d'aide et implique le partage d'une certaine intimité.

4) Le développement d'une relation d'aide et de confiance

Développement et maintien d'une relation d'aide, de confiance et de caring authentique.

Ce facteur caritatif et ce processus de caritas clinique sont intimement liés à la problématique de ce travail. Watson y souligne non seulement la nécessité de développer une relation d'aide et de confiance, mais également l'importance du maintien de ce lien.

5) L'expression de sentiments positifs et négatifs

Être présent et offrir du soutien par l'expression de sentiments positifs et négatifs, telle une profonde connexion avec son âme et celle du soigné.

L'infirmier doit offrir au patient la possibilité de formuler son ressenti et accepter les sentiments exprimés. La communication entre le soignant et le patient est un élément fondateur de la relation d'aide et favorise son maintien en situation de contrainte.

6) La création d'une méthode scientifique de résolution de problème

Utilisation créative de soi et de tous les types de savoir comme faisant partie du processus de caring; s'engager dans une pratique de caring-healing artistique.

L'application d'une mesure de contrainte chez un patient est une situation de soins relativement complexe.

De ce fait, il est important pour l'infirmier d'être capable de faire preuve de créativité et d'avoir recours à différents types de savoirs dans sa relation avec la personne concernée. Cette ouverture d'esprit favorisera une pratique fondée sur le caring.

7) L'enseignement-apprentissage transpersonnel

S'engager dans une expérience d'enseignement – apprentissage authentique qui s'attarde à l'union de l'être et de la signification, qui essaie de demeurer dans le cadre de référence de l'autre.

L'enseignement occupe une part importante dans le rôle propre de l'infirmier. L'enseignement-apprentissage transpersonnel considère que le soignant et le patient vont chacun transmettre des connaissances à l'autre. Cet échange renforcera la relation thérapeutique unissant les deux acteurs.

8) Le soutien, la protection et/ou la modification de l'environnement mental, physique, socio-culturel et spirituel

Créer un environnement healing à tous les niveaux (physique de même que non physique), un environnement subtil d'énergie et de conscience, où intégralité, beauté, confort, dignité et paix sont potentialisés.

L'environnement a un grand impact sur le vécu du patient. Un infirmier attentif à l'environnement de la personne et capable d'agir sur ce facteur sera perçu positivement par le patient.

9) La gratification des besoins humains du bénéficiaire

Assister en regard des besoins de base, avec une conscience de caring intentionnelle, administrer les « soins humains essentiels », qui potentialisent l'alignement esprit-corps-âme, l'intégralité et l'unité de la personne dans tous les aspects du soin ; veiller sur l'âme incarnée et l'émergence spirituelle en développement.

La gratification des besoins humains est indispensable en situation de contrainte physique ; cela s'inscrit dans la reconnaissance de l'autre comme un être humain à part entière. Ce respect de l'humanité d'autrui est un élément inaliénable de toute relation de confiance.

10) Les forces existentielles-phénoménologiques spirituelles

Ouvrir et s'attarder aux dimensions spirituelles-mystérieuses et existentielles de sa propre vie-mort ; soin de l'âme pour soi-même et la personne soignée.

Ce facteur caritatif illustre l'importance de l'ouverture sur soi-même, sur le monde et sur autrui. L'ouverture d'esprit est une qualité précieuse lorsque l'on cherche à entrer en relation avec l'autre. Elle permet au soignant de se remettre en question et d'accepter une vision différente, une nouvelle dimension de soins.

Le Caring et les métaconcepts

Après avoir présenté Jean Watson et sa théorie du Caring, suit à présent une mise en lien de cette théorie avec les métaconcepts de soins infirmiers. Ces métaconcepts forment le fondement de toute approche théorique de la discipline infirmière.

Soins

La théorie du Caring Transpersonnel de Jean Watson demande aux infirmiers de dépasser une pratique professionnelle basée sur le travail à la tâche et les protocoles. Les facteurs caratifs originaux et les processus de caritas cliniques guident les infirmiers dans leur processus de soins au patient. Le but de cette philosophie de soins n'est pas de guérir, mais bien de soigner (« to take care »), et d'accompagner le patient dans son expérience de la maladie.

Personne

Watson utilise de façon interchangeable les termes être humain, personne, vie, personnalité et soi. Elle considère la personne comme "une unité de conscience/corps/esprit/nature » (Alligood & Tomey, 2010, traduction libre p. 99). Cette phrase extraite du livre « Nursing Theorists and their Work » résume très bien la vision de la personne selon Jean Watson. Cette dernière a une vision holistique de l'être humain. Il est composé de différents aspects qui lui sont propres et donc inenvisageables d'occulter dans le cadre d'une prise en soins globale de la personne.

Santé

Pour Jean Watson, la santé ne se résume pas à l'absence de la maladie. La santé est un état atteint lorsque les différents composants de la personne sont harmonieusement unifiés.

La maladie est donc un état subjectif dans lequel il existe une disharmonie dans le soi de la personne. La recherche et la restauration de l'équilibre entre les différents composants de la personne est ce vers quoi tendent les théories de soins de Jean Watson.

Environnement

L'environnement occupe une place centrale dans la théorie du Caring Transpersonnel. Le huitième facteur caratif de Jean Watson, intitulé "Le soutien, la protection et/ou la modification de l'environnement mental, physique, socio-culturel et spirituel » (Watson, 1979, traduction libre, p. 9-10) est d'ailleurs entièrement dédié à l'environnement de la personne. Le processus de caritas clinique correspondant à ce facteur nous donne des informations supplémentaires sur cet aspect primordial des soins infirmiers : « Créer un environnement healing à tous les niveaux (physique de même que non physique), un environnement subtil d'énergie et de conscience, où intégralité, beauté, confort, dignité et paix sont potentialisés. » (Watson, 1979, traduction libre, p. 9-10). La personne et son environnement étant intimement connectés, il est primordial de tenir compte de l'aspect environnemental lors d'une prise en soins qui se veut humaine et pleine de sens.

Conclusion de l'ancrage théorique

La théorie de Caring Transpersonnel de Jean Watson est une approche centrée sur la personne et sur la relation à l'autre. Il s'agit d'une théorie empreinte d'un profond respect de la nature humaine. Elle constitue l'ancrage théorique de ce travail en raison de sa parfaite adéquation avec la thématique et la question de recherche. En effet, de nombreux aspects de cette théorie de soins apparaissent comme des bases fondamentales de la relation d'aide. Les dix facteurs caratifs et les processus de caritas cliniques offrent un éclairage théorique sur la relation d'aide et donc implicitement, sur le lien thérapeutique. Ce dernier se situant au cœur de la problématique de ce travail de bachelor, il est naturel d'avoir opté pour cette théorie de soins infirmiers.

METHODOLOGIE

La méthodologie de ce travail de bachelor présente deux axes de recherche. Le premier consiste en une revue de la littérature sur les bases de données Cinahl et Pubmed. Le second se présente sous la forme de deux interviews réalisées auprès de deux professionnels du milieu de la psychiatrie hospitalière. Le premier entretien a été effectué le 06 février 2014 sur le domaine de Belle-Idée, dans l'unité des Glycines I. Le soignant interviewé se prénomme James Coulin et est infirmier spécialisé en psychiatrie. Le second expert, Serge Boulguy, a été rencontré le 12 février 2014 et occupe le poste d'assistant de la responsable des soins du département de psychiatrie des HUG.

Le choix de travailler selon une méthodologie bi-axiale repose sur la nécessité d'apporter un ancrage pratique aux données théoriques récoltées. De plus, un sujet portant sur l'approche relationnelle dans les soins se prête parfaitement à une méthode de récolte de données sous forme d'entretiens. Pour ce faire, un questionnaire a été développé et annexé à ce travail (Annexe II).

Mesh terms : la grille PICO

La grille PICO permet de choisir les MeSH terms adéquats, et par conséquent de réaliser un diagramme de flux (Annexe I). Les MeSH terms exacts ont été déterminés à l'aide du site internet HONselect. Les MeSH terms sont présentés dans le tableau suivant. Pour plus de clarté, les termes anglais sont en italique.

Population	<i>Nurses</i> ; Infirmières et infirmiers
Intervention	<i>Nurse-Patient Relations</i> ; Relations infirmier-patient ; <i>Nursing Theory</i> ; Théorie des soins infirmiers ; <i>Outcome and Process Assessment (Health Care)</i> ; Évaluation résultats et méthodes (soins)
Contexte	<i>Psychiatry</i> ; Psychiatrie ; <i>Restraint, Physical</i> ; Contrainte physique ; <i>Psychiatric Nursing</i> ; Soins infirmiers en psychiatrie
Outcome	<i>Professional Role</i> ; Rôle professionnel ; <i>Professional Practice</i> ; Pratique professionnelle

Après avoir choisi les MeSH terms, les critères d'exclusions et d'inclusions de la recherche ont été déterminés. Il s'agit d'une étape indispensable à la réalisation d'un diagramme de flux. En effet, il est nécessaire de déterminer les critères permettant de restreindre le vaste champ de la recherche, mais également ceux qui permettront d'optimiser le nombre de résultats fournis par les bases de données.

Critères d'inclusion et d'exclusion des articles

Les critères d'exclusion de la recherche sont les suivants :

- Les aspects éthiques concernant les mesures de contrainte physique
- Les années de publication antérieures à l'an 2000
- La contention médicamenteuse
- La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Les critères d'inclusion de la recherche sont les suivants :

- Les langues suivantes : français, anglais, portugais, allemand, espagnol
- Les mesures de contrainte physique
- La psychiatrie de l'adulte
- Les années de publications doivent être égales ou supérieures à l'an 2000.

Diagramme de flux

Le diagramme de flux est un cheminement de recherche d'articles. Cette méthode permet de donner sa validité à ce travail de bachelor, ainsi qu'une crédibilité scientifique. Les recherches ont été effectuées sur les bases de données Cinahl et Pubmed. Pour ce faire, les MeSH terms sont entrés sur ces bases de données, en progressant du plus général au plus spécifique (méthode de l'entonnoir).

La recherche débute en entrant plusieurs combinaisons de MeSH terms. En suivant la logique de l'entonnoir de recherche, il est nécessaire de commencer à élaborer des combinaisons de MeSH terms très générales. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été appliqués à toutes les étapes de la recherche.

À partir des articles obtenus suite aux différentes combinaisons de MeSH terms, trois tris ont été effectués.

Premier tri

Il consiste en une sélection d'articles en fonction de leur titre. La lecture des titres permet d'éliminer certains articles ne correspondant clairement pas à la problématique.

Second tri

Les abstracts et les mots clés des articles retenus lors du premier tri sont lus lors de ce second tri.

Troisième tri

Les articles conservés lors du second tri sont lus dans leur intégralité. Les éléments considérés comme étant parfaitement adaptés à la thématique et à la question de recherche sont retenus pour le travail de bachelor.

Il est important de relever que, lors de la recherche documentaire, plusieurs combinaisons de MeSH terms n'ont pas conduit à des articles retenus pour le travail de bachelor. Ces combinaisons et les raisons pour lesquelles elles n'ont pas été retenues sont présentées dans l'annexe I.

En conclusion, le diagramme de flux conduit à une sélection de sept articles. Pour chacun de ces articles, une fiche de lecture sera produite.

Ces fiches de lecture seront réalisées à l'aide de la grille d'analyse de M.-F. Fortin, issue de son ouvrage « Fondements et étapes du processus de recherche ». Un tableau synthétisant les fiches de lecture est annexé au travail (Annexe III). Le fruit de l'analyse des sept articles est présenté dans le chapitre suivant.

ANALYSE DES RESULTATS

Ce chapitre a pour but de présenter les différents résultats obtenus à travers l'analyse des articles scientifiques. En complément des apports de la littérature scientifique, deux interviews ont été réalisées ; les transcriptions de ces entretiens seront également exploitées dans le processus d'analyse. Afin de faciliter la compréhension du cheminement réflexif, les résultats sont présentés dans l'ordre des sous-questions décrites dans le chapitre « Problématique et objectif ».

Définition d'une mesure de contrainte, particularités et modalités d'applications

La première sous-question de recherche de ce travail est la suivante :

Les mesures de contrainte diffèrent d'un canton à un autre. Quelle est la définition d'une mesure de contrainte, selon les autorités genevoises ? Quelles en sont les particularités et les modalités d'applications ?

Les autorités genevoises ne fournissent pas de définition des mesures de contrainte. Toutefois, il est intéressant de remarquer que selon la loi (*Art. 50 de la loi genevoise sur la santé du 7 avril 2006* (= LS/GE ; RSG K 1 03))¹, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est par principe interdite. En effet, la loi l'autorise uniquement à titre exceptionnel et ce pour une durée déterminée, lorsque toutes les autres ressources ont été épuisées.

Néanmoins, selon l'ASSM² (2005), le terme « mesure de contrainte » regroupe toute intervention qui va à l'encontre de la volonté déclarée ou présumée (s'il ne s'exprime pas) du patient (p. 4).

Toute mesure de contrainte envers un patient est interdite. Cependant, dans certaines situations, ce recours est toléré. En effet, lorsque la personne soignée représente une menace pour elle-même ou pour autrui et que tous les moyens à disposition des soignants ont échoué, le médecin responsable peut prescrire, pour une durée limitée, une mesure de contrainte physique, à condition que cette dernière ne revête pas un caractère carcéral. Le médecin doit avoir discuté avec l'équipe soignante ainsi qu'avec le patient (*Art 50 LS/GE*).

¹ Annexe IV : loi K1 03.

² Association Suisse des Sciences Médicales.

« Le médecin responsable d'une institution de santé peut déléguer cette prérogative à un autre professionnel de la santé compétent. » (*Art 50 (LS/GE)*).

Lorsqu'il devient nécessaire d'appliquer des mesures de contrainte, les soignants doivent se référer aux protocoles de l'institution. En outre, le patient ou ses proches ont le droit de recourir au Tribunal de la Protection de l'Adulte et de l'Enfant dans le but de demander l'interdiction ou la levée des mesures de contrainte (*Art. 51 LS/GE*).

Lors de l'application d'une mesure de contrainte physique, le soignant doit être en possession d'une prescription médicale valide ainsi que d'un formulaire rempli et signé par le médecin chef de clinique et le cadre infirmier. Il est également nécessaire de programmer une surveillance correspondante validée par une intervention programmée au niveau de DPI³ (Coulin, communication personnelle [e-mail], 14 mai 2014).

Afin de préserver les droits des patients et de veiller à une application adéquate des prescriptions légales des professions de la santé, une commission de surveillance a été établie (*Art. 1 de la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 7 avril 2006 (=LCOMPS/GE ; RSG K3 03)*)⁴.

Cette commission peut se saisir d'office d'une plainte. Néanmoins, le patient ou son représentant thérapeutique, peut recourir à la commission de surveillance sous forme d'une déposition de plainte. Les professionnels de la santé peuvent également déposer une dénonciation auprès de cette instance (*Art. 8 LCOMPS/GE*). Quiconque souhaitant recourir à cette commission de surveillance, doit déposer une plainte auprès de la chambre administrative de justice, dans un délai de trente jours. Une fois la décision de la commission arrêtée, celle-ci est irrévocable (*Art. 22 LCOMPS / GE*).

Les documents institutionnels fournissent également de nombreuses informations relatives à l'application des mesures de contrainte physique, permettant ainsi de simplifier leur mise en pratique. Les Hôpitaux Universitaires de Genève, ont établi un document interne régissant spécifiquement la modalité de contention physique sur le plan médical comme infirmier. Il spécifie également les contre-indications absolues (Annexe VI).

³ Dossier Patient Intégré.

⁴ Annexe V : loi K3 03.

Après avoir défini les mesures de contrainte et leurs modalités d'application dans le contexte hospitalier genevois, il est nécessaire de discuter les soins et surveillances infirmiers, ainsi que le rôle propre infirmier.

Soins et surveillances, rôle propre, rôle délégué et positionnement infirmier

La deuxième sous-question de recherche se formule ainsi :

Quels sont les soins et surveillances infirmiers liés aux mesures de contrainte ? Quel est le rôle propre de l'infirmier dans de telles situations ? Ou se situe la limite du rôle propre infirmier et du rôle infirmier délégué ? Comment doit-il se positionner ?

La profession infirmière étant la professionnalisation de la capacité humaine à prodiguer des soins à autrui, il existe donc des soins infirmiers complémentaires aux mesures de contrainte, comme la surveillance continue, le confort ou encore la protection. Pour cela, les soignants doivent se concentrer sur les besoins immédiats du patient. De ce fait, il est donc indispensable qu'un infirmier en psychiatrie ait une vision de l'être humain dans sa totalité tout en contemplant ses dimensions biologique, psychosociale et spirituelle (Paes, Borba, Brusamarello, Guimarães & Maftum, traduction libre, p. 483).

Dans un contexte de soins en psychiatrie, établir une communication thérapeutique avec un patient, avant, pendant et après un épisode d'agitation est un soin à part entière. En effet, le dialogue est une excellente façon d'aborder un patient en situation de crise. De plus, la communication joue un rôle fondamental dans la création de liens patients-équipe et par conséquent, favorise une relation interpersonnelle. (Paes et al., traduction libre, p. 482).

Selon le protocole interne des HUG (2006)⁵, une étroite collaboration entre médecins et infirmiers est nécessaire car, en situation d'urgence, l'équipe infirmière peut prendre la décision d'appliquer des mesures de contrainte à condition qu'un médecin en soit avisé et donne son accord (p. 2).

Pour Serge Boulguy, les infirmiers sont les intervenants immédiats en situation de décompensation psychique.

⁵ Annexe VI.

En effet, les infirmiers côtoient les patients, contrairement aux médecins qui les rencontrent de façon ponctuelle (transcription d'entretien, 12 février 2014).

Selon James Coulin, la contention physique ne constitue pas un problème, puisque les interventions sont respectueuses du code déontologique et s'inscrivent dans la continuité des soins. Néanmoins, il relève le caractère particulier de cette intervention, l'importance de partager et échanger le vécu et le ressenti avec les autres membres de l'équipe soignante (transcription d'entretien, 06 février 2014).

Afin de progresser dans le cheminement réflexif de cette analyse, il est nécessaire de se questionner sur la nature du lien thérapeutique. Cet aspect de la problématique est abordé ci-dessous.

Définition du lien thérapeutique et compatibilité avec les mesures de contrainte

La troisième sous-question de recherche est la suivante :

Comment définir le lien thérapeutique ? Est-il compatible avec les mesures de contrainte physique ?

Le lien thérapeutique n'est pas une notion aisée à définir, il s'agit d'un concept complexe, pouvant revêtir plusieurs aspects. Selon James Coulin, il naît entre deux individus dans le cadre d'une prise en soin thérapeutique et est donc très variable car singulier à chaque situation (transcription d'entretien, 06 février 2014).

Serge Boulguy rejoint ces propos en ajoutant que la relation d'aide se crée progressivement entre le patient et le soignant dès l'élaboration d'un sentiment de sécurité. En effet, ce sentiment de sécurité permet au patient de se sentir suffisamment en confiance pour partager son intimité avec le soignant (transcription d'entretien, 12 février 2014).

Les résultats de l'étude Lindwall, Boussaid, Kulzer et Wigerblad (2012) soutiennent les dires de Serge Boulguy. Cet article explique que le patient et le soignant sont deux personnes s'efforçant de se comprendre. Cet effort mutuel conduit au respect de la dignité du patient et apaise sa souffrance (traduction libre, p. 572).

Serge Boulguy (transcription d'entretien, 12 février 2014) et l'étude de Lindwald et al. (2012) soutiennent également que lorsque le lien est présent dans la continuité des soins, il facilite le projet thérapeutique et permet au patient d'envisager le futur de façon plus positive. Cette notion peut être constatée dans les citations suivantes:

"Le lien, c'est aussi au fil de la relation, dans la prise en soin. Toute la relation qui existe avec ce patient dans l'accompagnement." (Boulguy, transcription d'entretien, 12 février 2014).

En partageant l'histoire du patient dans le présent, l'infirmier donne de l'espoir au patient pour le futur (Lindwald et al., 2012, traduction libre, p. 572).

Après avoir défini la notion de lien thérapeutique, il est apparu comme important de déterminer la compatibilité de celui-ci avec l'application de mesures de contrainte physique. Les résultats relatifs à cette question de recherche sont présentés ci-dessous.

Lorsque les mesures de contrainte physique prennent place dans l'urgence, la question de la compatibilité avec le lien thérapeutique est secondaire. :

Quand les mesures de contrainte signent un passage à l'acte où il a fallu isoler pour protéger, intervenir par rapport à un acte qui s'est déjà produit : la question de la compatibilité ne se pose pas car on est dans un réflexe de survie de sauvegarde (Coulin, transcription d'entretien, 06 février 2014).

L'application d'une mesure de contrainte physique peut être très mal vécue par le patient et le soignant lorsque celle-ci est, ou semble être motivée par un besoin de contrôle de la part de l'infirmier et que le soin est donc dépourvu de bénéfice thérapeutique pour le patient.

Les infirmiers ressentent le besoin de maintenir un certain contrôle sur leur environnement. Avec ce besoin de contrôle naît le conflit entre maintenir une relation thérapeutique et le sentiment de peur lors des situations où ils n'ont plus le sentiment de contrôle. [...] Souvent les patients perçoivent les mesures de contrainte comme un exercice de pouvoir et de contrôle des infirmiers sur leur personne et n'y voient aucune vertu thérapeutique (Bigwood & Crowe, 2008, traduction libre, p.216).

Serge Boulguy nous indique que le lien thérapeutique et les mesures de contrainte physique peuvent sembler être deux notions difficiles à conjuguer. Cependant, il rejoint James Coulin et l'étude de Bigwood & Crowe (2008) sur le fait qu'elles ne sont pas incompatibles si toutes les autres options ont été tentées et si le soin est effectué dans le respect de la relation avec le patient (Coulin & Boulguy, transcriptions d'entretiens, 06 et 12 février 2014 ; Bigwood & Crowe, 2008, traduction libre, p. 220).

Selon Bigwood & Crowe (2008), la compatibilité est donc présente lorsque, lors de l'application des mesures de contrainte, le soignant maintient le dialogue avec le patient et cherche à comprendre son vécu (traduction libre, p. 216).

James Coulin (transcription d'entretien, 06 février 2014) et l'étude de Bigwood & Crowe (2008), vont plus loin en insistant sur la nécessité fondamentale de définir un but thérapeutique clair pour les deux partis afin de garantir une compréhension mutuelle au sujet de l'application de la mesure de contrainte. Cette compréhension mutuelle contribuera au maintien de la relation d'aide.

Après avoir constaté la compatibilité du lien thérapeutique avec l'application de mesures de contrainte, il est intéressant de se questionner sur l'influence de cette relation d'aide sur le vécu du patient.

Influence de l'approche relationnelle sur le vécu du patient

Cette sous-question est ainsi formulée :

En quoi l'approche relationnelle affecte-t-elle le vécu du patient sous mesure de contrainte physique ?

Lors de l'application d'une mesure de contrainte physique, les sentiments et les vécus des patients peuvent être négatifs mais également positifs, notamment lorsqu'il est question de la sécurité et du lien thérapeutique. L'étude de Kontio et al. (2012) met en évidence les sentiments les plus souvent mentionnés par les patients, parmi lesquels figurent la colère, la peur, la solitude et la sécurité (traduction libre, p. 19). La mention du sentiment de sécurité montre que, malgré les expériences négatives, des sentiments positifs sont également présents.

Les patients ont principalement décrit des expériences négatives, mais également des vécus positifs dans la communication avec l'équipe soignante, durant la période de mise sous contrainte (Kontio et al., 2012, traduction libre, p.20).

Les résultats de l'étude de Kontio et al. (2012), nous indiquent également que lorsque le lien thérapeutique est absent, le patient peut avoir l'impression de ne pas avoir eu d'alternative et se sentir négligé.

De plus, les patients veulent souvent être acteurs de leur santé et ont donc besoin d'être informés pendant le déroulement de leur mesure de contrainte, afin de ne pas se sentir impuissants (traduction libre, p. 20).

Selon James Coulin (transcription d'entretien, 06 février 2014) et l'étude de Kontio et al. (2012), l'interaction patient-soignant doit persister pendant l'application de la mesure de contrainte et l'application de celle-ci doit toujours être accompagnée d'informations telles que son indication, la durée présumée et les résultats attendus.

L'utilisation de la relation d'aide lors de l'application de mesures de contrainte physique peut donc influencer positivement le vécu des patients. James Coulin mentionne notamment que la présence et la qualité du lien créé dans l'approche relationnelle peut influencer la fréquence et la durée de l'application d'une mesure de contrainte. Il en va de même pour la recherche et l'application d'alternatives (transcription d'entretien, 06 février 2014). James Coulin appuie ainsi les propos de Serge Boulguy qui défend que l'approche relationnelle peut être un outil d'influence positive lors de l'application des mesures de contrainte et la recherche d'alternatives à celles-ci (transcription d'entretien, 12 février 2014).

La dernière sous-question de recherche dérivée de la problématique de ce travail concerne les outils auxquels l'infirmier peut recourir dans un contexte d'application de mesures de contrainte physique.

Outils infirmiers

La dernière sous-question de recherche de ce travail est la suivante :

Comment définir le terme « outil » ? Quels sont les outils auxquels un infirmier peut se référer dans un contexte de mesures de contrainte physique ?

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (2012), un outil se définit comme un moyen permettant d'atteindre un résultat, d'agir sur quelque chose. Cette définition rejoint celle du dictionnaire de l'Académie française (1986), selon lequel un outil serait un moyen d'action dont on se sert pour parvenir à un résultat. L'Académie française précise cette définition en spécifiant qu'un outil de travail désigne l'ensemble des moyens, matériels ou non, qui concourent à une activité de production (1986).

Dans leur pratique professionnelle, les soignants ont quotidiennement recours à des outils. Les infirmiers utilisent un grand nombre d'outils matériels dans leurs soins aux patients, comme par exemple un sphygmomanomètre ou encore un set à pansement.

Ces outils purement matériels mis à part, les soignants ont également recours à des outils cognitifs, comme par exemple la communication verbale et non verbale, le raisonnement clinique ou encore les transmissions orales aux collègues soignants et aux médecins. En plus des outils matériels et cognitifs, les infirmiers s'appuient quotidiennement sur des outils possédant à la fois une réalité matérielle mais également une composante cognitive. Les échelles et scores permettant de réaliser diverses évaluations somatiques et/ou comportementales sont une illustration de ces outils mixtes, possédant à la fois une composante matérielle et cognitive.

La problématique de ce travail de bachelor est centrée sur les outils utilisés par les infirmiers exerçant en psychiatrie hospitalière adulte, dans le but de maintenir un lien thérapeutique lors de l'application d'une mesure de contrainte. Un premier outil a été détaillé précédemment au travers de la réponse à la première sous-question de recherche. Le cadre légal réglementant les mesures de contrainte et leurs modalités d'application est un outil précieux aux soignants. Un infirmier connaissant et comprenant les textes de lois réglementant les mesures de contrainte sera plus apte à reconnaître leurs indications et à effectuer toutes les démarches nécessaires. De plus, il sera capable d'expliquer les raisons de cette démarche au patient et de répondre à ses interrogations. Cette capacité à échanger avec le patient au sujet de la légitimité de la mesure de contrainte et de ses droits de recours favorise grandement le maintien du lien thérapeutique. En effet, selon James Coulin, l'accessibilité aux textes et aux protocoles régissant les modalités d'application des mesures de contrainte constituent un outil pour le soignant et la relation thérapeutique avec le patient. Il évoque également l'importance d'un cadre de soins organisé et explicite lors de l'application de ces mesures (transcription d'entretien, 06 février 2014).

L'article de Ryan et Bowers (2006), permet d'extraire un outil largement utilisé dans le milieu de la santé mentale : les techniques de désescalade. La désescalade constitue en un ensemble de stratégies visant à maintenir sous contrôle une personne faisant preuve d'agressivité. Le succès de cette technique dépend des facteurs clés suivants : le positionnement physique du soignant, la communication, l'écoute et la fixation explicite de limites (Richmond et al., 2012, traduction libre).

Ryan et Bowers ont observé dans leur étude que la moitié des situations de crise se sont résolues sans recours aux mesures de contrainte, à l'aide des stratégies de désescalade (Ryan & Bowers, 2006, traduction libre, p. 531). Le but de ce travail de bachelor n'est certes pas de déterminer des alternatives aux mesures de contrainte, cependant, il serait réducteur de considérer les techniques de désescalade et les mesures de contrainte physique comme deux approches s'excluant mutuellement. En effet, il est tout à fait envisageable d'appliquer les techniques de désescalade aux situations de placement sous contrainte physique. Cet outil rejoint un point soulevé par Serge Boulguy lors d'un entretien. Ce dernier se positionne en faveur d'une interaction contenant de la part des soignants lors de l'application de mesures de contrainte. Il considère que le ou les infirmiers devraient, dans la mesure du possible, rester avec le patient lorsque celui-ci est placé en chambre d'isolement afin de l'aider à « redescendre lentement » (transcription d'entretien, 12 février 2014).

L'article de E-Morris et al. (2010), démontre les avantages d'un modèle intitulé « Nurse-Directed Care Model », c'est-à-dire un modèle de soins centré sur les infirmiers. L'implantation du modèle NDCM a induit une augmentation du niveau de connaissances cliniques des infirmiers relatives à leurs patients, un progrès dans la maîtrise des techniques de désescalade, ainsi qu'une amélioration concernant la qualité de l'environnement des patients. Ce modèle de soins a également conduit à une réduction de l'incidence des mesures de contrainte. Les auteurs ont émis l'hypothèse que cette diminution du recours aux mesures de contrainte serait le résultat d'une alliance thérapeutique et d'une amélioration du niveau de connaissances des soignants (E-Morris et al., 2010, traduction libre, p. 159).

L'article de Kontio et al. (2011), décrit une étude visant à comparer deux méthodes d'apprentissage ayant pour but la formation continue des infirmiers de psychiatrie concernant les mesures de contrainte. La méthode de formation traditionnelle était comparée à une méthode d'apprentissage par eLearning, nommée ePsychNurse. Il s'agit d'un programme de formation continue s'effectuant sur une plate-forme internet. Les modules d'apprentissage contiennent différents apports théoriques concernant les mesures de contrainte physique. Les chercheurs ont mesuré le niveau de connaissances des infirmiers concernant les mesures de contrainte et la législation relative, leur attitude face à ces procédures, leur satisfaction professionnelle ainsi que leur efficacité générale (Kontio et al., 2011, traduction libre, p. 815).

La méthode par eLearning s'est révélée avantageuse sur certains points, comme par exemple le niveau de connaissance de la législation concernant les mesures de contrainte.

Cependant, les résultats obtenus n'ont pas révélé de différences statistiquement significatives entre les deux groupes d'apprentissage. La méthode eLearning reste une méthode avantageuse de part son coût modeste et sa grande accessibilité.

Les chercheurs n'ont certes pas démontré la supériorité de la méthode eLearning, mais leurs résultats n'en sont pas moins intéressants. Ils illustrent clairement l'importance et l'impact de la formation continue, sous sa forme traditionnelle ou informatisée. En effet, les deux groupes d'infirmiers ont globalement progressé dans les différentes variables mesurées.

Les résultats de l'étude de Kontio et al. corroborent les dires des deux personnes interviewées dans le contexte de ce travail. James Coulin et Serge Boulguy ont chacun cité la formation continue des soignants comme un outil leur permettant de maintenir une relation thérapeutique avec le patient contraint (transcription d'entretiens, 06 et 12 février 2014). James Coulin met également l'accent sur l'importance des réunions cliniques et la possibilité de revenir sur certains événements en équipe afin d'évaluer l'adéquation des actions entreprises (transcription d'entretien, 06 février 2014).

James Coulin considère que les mesures de contrainte ne sont pas incompatibles avec l'existence d'un partenariat infirmier-patient et donc avec le maintien d'une relation thérapeutique. Son expérience l'a en effet convaincu que les mesures de contrainte peuvent même participer positivement au lien thérapeutique, qu'elles font en réalité partie de la « panoplie » de l'infirmier. Dans certains cas, le recours aux directives anticipées peut être un élément clé de ce partenariat. Il accorde également de l'importance au travail pluridisciplinaire et à une réflexion transversale de la part des différents intervenants, ces éléments favorisant une certaine continuité dans les soins (transcription d'entretien, 06 février 2014).

DISCUSSION

Les résultats présentés dans le chapitre précédent vont à présents être discutés de façon plus approfondie et mis en lien avec la théorie du Caring Transpersonnel de Jean Watson. La première sous-question concerne la définition des mesures de contrainte selon les autorités genevoise, ainsi que leurs particularités et modalités d'applications.

Le protocole interne des HUG va dans le même sens que les articles 50 et 51 de la loi genevoise sur la santé, tant au niveau des modalités d'application des mesures de contrainte que des droits des patients.

La théorie du Caring de Jean Watson rejoint la législation genevoise, puisque tous deux préconisent de recourir à l'ensemble des savoirs afin d'agir au mieux pour le patient. Cette théorie spécifie également qu'il est nécessaire d'aider le patient à bénéficier d'un environnement positif afin que son univers mental soit soutenu et protégé.

Néanmoins, les deux experts sollicités ont mis en évidence que la pratique diffère de la théorie. En effet, James Coulin et Serge Boulguy, s'accordent à dire que malgré la législation en vigueur, malgré les protocoles, l'application de mesures de contrainte se réalise au cas par cas et dépend donc du patient (transcriptions d'entretiens, 06 et 12 février 2014).

La seconde sous-question de ce travail concerne les soins et surveillances infirmiers liés aux mesures de contrainte et le positionnement infirmier. Ces éléments sont discutés ci-dessous.

À la lumière des résultats établis, il est évident qu'à Genève, les soins et surveillances lors de mesures de contrainte sont strictement régis par des documents internes, qu'il s'agisse du niveau infirmier ou médical. Ces documents ont été élaborés sur différentes bases légales, dont la loi genevoise sur la santé K1 03.

Les auteurs des articles analysés et J. Watson partagent la même vision. En effet, tous deux souhaitent que les soignants considèrent le malade dans sa globalité tout en tenant compte de l'ensemble de ses composants.

Selon Paes et al. (2009), la contention physique ne se suffit pas. En effet, il faut l'agrémenter de soins complémentaires, qui répondent aux besoins immédiats du patient, besoins qui diffèrent d'une personne à l'autre.

En outre, l'infirmier doit voir au-delà de la nécessité de la contention, afin d'identifier les autres besoins du patient, souvent négligés. Il doit donc considérer la personne dans sa globalité (traduction libre).

Du point de vue de J. Watson, l'authenticité, la relation d'aide et de confiance, un climat de confort [...] (Watson, 1979, traduction libre, p. 9-10) sont des compétences que le soignant doit développer afin d'être le plus bienfaisant possible et donc d'adopter une posture infirmière adéquate.

Les infirmiers doivent prendre la responsabilité de l'application d'une mesure de contrainte beaucoup plus fréquemment que ne le voudrait la procédure interne (Coulin, transcription d'entretien, 06 février 2014). Ce cas de figure est prévu par la loi. En effet, selon l'Art. 50 (LS/GE), le médecin responsable d'une institution de santé peut déléguer cette prérogative à un autre professionnel de la santé compétent.

Selon Serge Boulguy, ce sont les infirmiers qui se placent en première ligne, puisque c'est ce corps de métier qui cohabite continuellement avec les patients. C'est pourquoi, aux yeux de certains infirmiers, la décision d'application d'une mesure de contrainte physique pourrait s'inscrire dans le rôle propre de l'infirmier en psychiatrie (transcription d'entretien, 12 février 2014).

Ce questionnement se répercute donc sur le positionnement infirmier, puisque la limite entre le rôle propre et délégué n'est pas claire. Selon James Coulin, appliquer ces mesures n'est jamais facile pour un soignant, même si ces interventions observent les principes déontologiques et que les protocoles sont respectés (transcription d'entretien, 06 février 2014).

La troisième sous-question de recherche traite de la définition du lien thérapeutique. Au cours de l'analyse des différents articles de recherche et des interviews, il est rapidement apparu que le lien thérapeutique est un concept particulièrement complexe à définir. Cependant, différents auteurs s'accordent à dire que dans la création d'un lien thérapeutique, chaque partie doit fournir une part du travail. Le patient et le soignant doivent s'investir dans le développement et le maintien de celui-ci en acceptant de partager une certaine intimité (Coulin, 2014; Lindwall et al., 2012).

Afin de créer le lien et le maintenir, une relation de confiance et de compréhension mutuelle doit ensuite se développer entre le patient et le soignant.

Jean Watson partage les concepts ci-dessus, comme le démontre son troisième facteur caritatif et le processus de caritas clinique associé à celui-ci : prendre conscience de soi et des autres en s'ouvrant aux autres avec sensibilité et compassion (Watson, 1979, traduction libre, p. 9-10). Watson favorise également le développement d'une relation d'aide et de confiance dans son quatrième facteur caritatif qui se formule dans ces mêmes termes: le développement d'une relation d'aide et de confiance (Watson, 1979, traduction libre, p. 9-10).

Une fois le lien thérapeutique établi, il est nécessaire d'être capable de le maintenir afin d'assurer des soins dans le respect du caring selon Jean Watson. En effet, celle-ci nous indique dans son quatrième processus de caritas clinique qu'il est indispensable de favoriser non seulement le développement, mais également le maintien d'une relation d'aide, de confiance et de caring authentique (Watson, 1979, traduction libre, p. 9-10).

Les résultats des recherches effectuées pour ce travail de bachelors, soutiennent également que lorsque le lien thérapeutique est présent dans la continuité des soins, il facilite le projet thérapeutique et permet au patient d'envisager le futur avec espoir. Ce principe est soutenu dans le deuxième facteur caritatif de Watson: la croyance et l'espoir (Watson, 1979, traduction libre, p. 9-10).

Après avoir compris le sens du lien thérapeutique, sa création, son développement et ses liens avec la théorie du caring selon Watson, il a été nécessaire de se questionner sur sa compatibilité avec les mesures de contrainte physique.

L'un des premiers constats fut qu'il est impératif de connaître le contexte d'application de la mesure de contrainte physique.

En effet, s'il s'agit d'une situation de danger immédiat pour le patient lui-même ou autrui, la question de la compatibilité avec le lien thérapeutique est secondaire, c'est la sécurité qui prime (Coulin, transcription d'entretien, 06 février 2014).

En revanche, dans le cas où l'application de cette mesure est réfléchie, que toutes les autres options ont échoué et que l'application de celle-ci s'effectue dans le respect de la relation avec le patient, les deux notions sont parfaitement compatibles (Bigwood & Crowe, 2008, traduction libre).

L'environnement créé dans ce deuxième cas de figure est propice au respect de la dignité du patient et est ainsi en accord avec le huitième processus de caritas clinique de Watson (créer un environnement healing à tous les niveaux (physique de même que non physique), un environnement subtil d'énergie et de conscience, où intégralité, beauté, confort, dignité et paix sont potentialisés (Watson, 1979, traduction libre, p. 9-10)).

Il est important de souligner que la création d'une relation d'aide permet de protéger la dignité du patient. Dans certaines situations, ce dernier peut en effet ressentir des sentiments très négatifs et délétères tels que l'impuissance, la colère ou encore la peur (Lindwall et al., 2012 ; Kontio et al., 2012).

Cependant, les résultats de recherche démontrent également que dans ces situations, la présence d'un lien thérapeutique avec l'équipe soignante atténue les sentiments négatifs et favorise les sentiments positifs, comme la sensation de sécurité (Kontio et al., 2012).

Le fait de pouvoir exprimer ses sentiments positifs et négatifs, son vécu, est également l'un des points positifs de l'approche relationnelle, qui est mis en exergue dans le cinquième facteur caritatif de Watson et le processus de caritas clinique associé à celui-ci. (Être présent et offrir du soutien par l'expression de sentiments positifs et négatifs, telle une profonde connexion avec son âme et celle du soigné (Watson, 1979, traduction libre, p. 9-10)).

En outre, les patients souhaitent être acteurs de leur santé et ont donc besoin d'être informés pendant le déroulement de leur mesure de contrainte afin de ne pas se sentir impuissants, ce qui est fait lorsque l'approche relationnelle est appliquée (Kontio et al., 2012).

L'approche relationnelle peut également influencer la fréquence et la durée de l'application d'une mesure de contrainte ainsi que l'investissement du soignant et du patient dans la recherche et l'application d'alternatives, il s'agit donc d'un outil précieux précieux (Boulguy, transcription d'entretien, 12 février 2014).

Finalement, ce chapitre se conclut par la discussion de la dernière sous-question de recherche. Elle se rapporte aux outils auxquels un infirmier peut se référer dans un contexte de mesures de contrainte. L'analyse des articles de recherche sélectionnés et les apports des deux interviews ont conduit à une énumération de différents outils. Ces outils infirmiers vont à présent être discutés de façon plus approfondie.

Dans un contexte d'application d'une mesure de contrainte, la formation continue des soignants apparaît comme un élément clé de la relation thérapeutique. Un infirmier formé à la gestion des situations de crise, aux soins à la personne contrainte et possédant les connaissances juridiques relatives aux droits des patients aura plus de facilité à mettre en application les pratiques adéquates pour son patient. La formation continue des infirmiers en santé mentale pourrait par exemple contenir des apports concernant le cadre légal et les aspects éthiques relatifs aux mesures de contrainte, ainsi qu'un rappel des protocoles institutionnels. Un autre contenu intéressant d'une éventuelle formation continue consisterait en un enseignement théorico-pratique des techniques de désescalades, évoquées précédemment dans l'analyse. Cet enseignement pourrait compléter les apports théoriques concernant les techniques de communication verbale et non-verbale.

Le recours à la formation continue en situation de soins complexe rejoint la théorie du Caring de Jean Watson, et plus particulièrement le sixième facteur caratif. Ce facteur caratif ne concerne pas spécifiquement la formation continue mais fait référence à la nécessité pour les soignants de s'appuyer sur une méthode de résolution de problème présentant une validité scientifique (Watson, 1979, traduction libre, p. 9-10).

L'interview de James Coulin, réalisée le 06 février 2014, a révélé qu'un outil indispensable en matière de relation thérapeutique consiste en l'établissement d'un cadre de soins. Ce cadre de soins permet l'établissement d'un consensus général sur les éléments motivant ou non l'application d'une mesure de contrainte, ses objectifs et ses modalités de réalisation. Le cadre de soins doit être discuté avec le patient lors des entretiens infirmiers et des limites doivent être établies. De cette manière, le patient aura été clairement informé et potentiellement, se sentira moins « trahi » par les agissements de l'infirmier si ce dernier se voit amené à le contraindre physiquement.

L'établissement d'un cadre de soins clair et défini permet à l'infirmier de travailler en partenariat avec son patient. Le partenariat est un élément fondateur de la relation thérapeutique car il suppose un principe d'égalité entre les protagonistes de la relation de soins. Dans sa théorie du Caring Transpersonnel, Jean Watson souligne notamment l'importance de développer une relation d'aide, de confiance et de caring authentique dans un système de valeurs humanistes et altruistes (Watson, 1979, traduction libre, p. 9-10). Ce postulat nécessite de placer le patient au centre de la relation d'aide et de le considérer comme un partenaire. De plus, il est important pour le patient de se sentir acteur dans la gestion de sa maladie et de son traitement. De cette façon, il percevra l'infirmier comme une personne pouvant lui apporter de l'aide et non pas comme un geôlier.

Les directives anticipées peuvent également constituer un outil précieux dans l'établissement d'un partenariat entre l'infirmier et le patient. Elles permettent de définir ensemble les mesures à entreprendre en situation de crise aigue.

L'article de E-Morris et al. (2010) offre un autre outil de choix concernant l'approche relationnelle des mesures de contrainte. Dans cette étude, les chercheurs ont évalué les bénéfices d'un modèle de soins intitulé NDCM⁶. Il s'agit d'un modèle centré sur les soins infirmiers et la relation thérapeutique. Ce modèle promeut la priorisation du bien-être de la personne soignée et favorise le processus de rétablissement (E-Morris et al., 2010, traduction libre, p. 154).

L'application de ce modèle a non seulement permis l'augmentation du niveau de connaissances cliniques des infirmiers mais également des progrès en matière de techniques de désescalade et une amélioration de la qualité environnementale des soins. Les principes généraux de ce modèle de soins représentent un guide pour la pratique infirmière et place la relation infirmière-patient au centre des priorités institutionnelles. Ce modèle rejoint la pensée de Jean Watson et plus particulièrement le huitième processus de caritas clinique: créer un environnement healing à tous les niveaux (physique de même que non physique), un environnement subtil d'énergie et de conscience, où intégralité, beauté, confort, dignité et paix sont potentialisés (Watson, 1979, traduction libre, p. 9-10). Ce modèle de soins NDCM représente un outil innovateur et spécifiquement adapté au milieu de la psychiatrie hospitalière.

Les mesures de contrainte sont indéniablement des expériences éprouvantes voire traumatisantes pour les patients. Cependant, elles peuvent également induire une souffrance chez les soignants. De ce fait, il est important pour l'équipe de se réunir régulièrement afin de discuter les situations rencontrées. Ces réunions permettent à chacun d'exprimer ses opinions et son ressenti. Cette nécessité de s'exprimer sur les situations est en adéquation avec le troisième facteur caritatif de Jean Watson : prendre conscience de soi et des autres (Watson, 1979, traduction libre, p. 9-10).

Ces réunions permettent également d'évaluer l'adéquation des mesures entreprises et de discuter d'éventuelles alternatives. Une équipe en désaccord concernant une situation ne favorisera pas le maintien d'une relation thérapeutique avec le patient concerné et cela d'autant plus si les soignants sont en proie à une détresse non exprimée.

⁶ Nurse Directed Care Model : modèle de soins basé sur les infirmiers (E-Morris et al., 2010, traduction libre).

Le travail pluridisciplinaire représente également un outil précieux lors de situations de soins complexes. La collaboration avec différents professionnels de la santé offre des points de vue et des apports aussi différents que complémentaires. Le sixième processus de caritas clinique de Jean Watson concorde avec ce point de vue : utilisation créative de soi et de tous les types de savoir comme faisant partie du processus de Caring; s'engager dans une pratique de caring-healing artistique (Watson, 1979, traduction libre, p. 9-10).

En outre, la collaboration pluridisciplinaire favorise la continuité des soins apportés au patient. Ce dernier se sentira plus confiant s'il ressent une continuité dans son traitement car cela confère une plus grande stabilité à son processus de rétablissement. La continuité des soins représente donc un outil de choix dans le maintien du lien thérapeutique.

CONCLUSION

Au terme de ce travail, il apparaît que la thématique des mesures de contrainte sous l'angle de l'approche relationnelle est un sujet complexe et relativement peu développé dans la littérature scientifique. Ce manque d'écrits constitua la principale difficulté lors de l'élaboration de ce travail de bachelor. Cependant, l'apport des interviews a permis de compléter ce manque et d'élaborer un travail consistant en termes de validité scientifique. Ces entretiens ont également permis la mise en évidence de nombreux liens théorico-pratiques.

Malgré les difficultés rencontrées, il a été possible de répondre à la question de recherche initiale, à savoir : dans un contexte de soins en psychiatrie, quels sont les outils utilisés par l'infirmier, pour maintenir un lien thérapeutique avec le patient adulte auprès duquel il doit appliquer une mesure de contrainte physique ? Les principaux outils retenus au terme de l'élaboration de ce mémoire de fin d'études sont les suivants.

La formation continue des professionnels de la santé favorise une prise en soins adéquate et respectueuse de la loi, de la déontologie et donc s'inscrivant naturellement dans la théorie du Caring Transpersonnel de Jean Watson.

L'établissement d'un cadre de soins en partenariat avec le patient ainsi que la rédaction de directives anticipées permet au patient de se positionner en acteur de sa santé et favorise ainsi son processus d'empowerment.

Des pratiques innovatrices telles que le modèle centré sur les soins infirmiers, décrit dans l'article de E-Morris et al., placent la relation thérapeutique entre l'infirmier et le patient au centre des priorités institutionnelles.

Enfin, les résultats de l'analyse des données et la théorie du Caring de Jean Watson soulignent l'importance pour les soignants de se voir offrir la possibilité de s'exprimer sur leur vécu, leurs opinions et leur ressenti. Ces moments permettent également à l'équipe d'évaluer l'adéquation des mesures en place et d'en faire part au patient, favorisant ainsi le maintien d'une relation thérapeutique avec celui-ci.

Ce travail a donc permis de mettre en exergue de nombreux outils à disposition des infirmiers. Le recours à ces outils n'est pas seulement pertinent dans le cadre de la psychiatrie hospitalière, mais également transférable aux autres domaines de soins. Cependant, certaines de ces stratégies sont actuellement insuffisamment développées et exploitées dans la pratique hospitalière.

De ce fait, ce sujet possède un grand potentiel pour l'élaboration de futures recherches cliniques dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie. La collaboration pluridisciplinaire serait notamment un axe intéressant à développer, dans le but de favoriser la continuité des soins. Les itinéraires cliniques constituent un exemple de stratégie de soins actuelle et innovatrice dans les différents secteurs de la santé. La continuité des soins en milieu psychiatrique et de ce fait la qualité de la relation thérapeutique, pourrait-elle reposer sur la création d'itinéraires cliniques ?

BIBLIOGRAPHIE

Alligood, M. & Tomey, A. (2010). *Nursing Theorists and Their Work*. Missouri : Mosby Elsevier.

Association Suisse des Sciences Médicales (2005). *Mesures de contrainte en médecine*. Accès [http://www.bc-cesu.ch/pdf/Mesures contrainte medecine.pdf](http://www.bc-cesu.ch/pdf/Mesures%20contrainte%20medecine.pdf)

Bigwood, S. & Crowe, M. (2008). It's part of the job, but it spoils the job : A phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 215-222.

Blanchard, N. & Dayer, P. (2009). *Rapport d'activités 2009 de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients*. Accès http://ge.ch/dares/SilverpeasWebFileServer/CErapportactivit%C3%A9sCSPSDP_2009_LH.pdf?ComponentId=kmelia1160&SourceFile=1335350574294.pdf&MimeType=application/pdf&Directory=Attachment/Images/

Cleary, M., E. Hunt, G., Horsfall, J. & Deacon, M. (2012). Nurse-Patient Interaction in Acute Adult Inpatient Mental Health Units: a Review and Synthesis of Qualitative Studies. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 66-79.

E-Morris, M., Caldwell, B., J. Mencher, K., Grogan, K., Judge-Gorny, M., Patterson, Z., ... C. Smith, R. (2010). Nurse-Directed Care Model in a Psychiatric Hospital. *Clinical Nurse Specialist*, 24 (3), 154-160.

Erci, B., Sayan, A., Tortumluoglu, G., Kiliç, D., Sahin, O. & Gungormus, Z. (2002). The effectiveness of Watson's Caring Model on the quality of life and blood pressure of patients with hypertension. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 130-139.

Favero, L., Meier, M. J., Ribeiro Lacerda M., De Azevedo Mazza, V. & Canestraro Kalinowski, L. (2009). Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. *Acta Paul Enferm*, 22, 213-218.

Fortin, M.F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Éducation.

Gerber, M. & Gaillard, L. (2012). *Rapport d'activités 2012 de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients*. Accès http://ge.ch/dares/SilverpeasWebFileServer/CErapportactivit%C3%A9sCSPSDP_2012_MG.pdf?ComponentId=kmelia1160&SourceFile=1384423425122.pdf&MimeType=application/pdf&Directory=Attachment/Images/

HES. (2006). Plan d'études cadre Bachelor 2006. Accès http://www.heds-ge.ch/inf/fmodules/pec_inf_2006.pdf

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2006). *Programme de soins en chambre fermé*. Genève : HUG.

Journal Association FSI-USJ. (2006). La Théoricienne du Caring. Accès <http://www.fsi.usj.edu.lb/anciens/journal2006/arti4.pdf>

Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M. & Välimäki, M. (2012). Seclusion and Restraint in Psychiatry : Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48, 16-24.

Kontio, R., Lahti, M., Pitkänen, A., Joffe, G., Putkonen, H., Hätönen, H., ... Välimäki, M. (2011). Impact of eLearning course on nurses' professional competence in seclusion and restraint practices : a randomized controlled study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 813-821.

La-définition. (2014). *Outil*. Accès <http://www.la-definition.fr/outil>

Lindwall, L., Boussaid, L., Kulzer, S. & Wigerblad, A. (2012). Patient dignity in psychiatric nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 569-576.

Loi genevoise sur la santé du 7 avril 2006. (= LS/GE ; RSG K 1 03).

Loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 7 avril 2006. (=LCOMPS/GE; RSG K3 03).

Paes, M., Borba, L., Brusamarello, T., Guimarães, A. & Maftum, M. (2009). Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. *Rev. enferm. EURJ*, 17 (4), 479-484.

CNRTL. (2012). *Outil*. Accès <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/outil>

République et canton de Genève. (2014). *République et canton de Genève: Accueil*. Accès <http://ge.ch/>

Ryan, C. J. & Bowers, L. (2006). An analysis of nurses' post-incident manual restraint reports. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 527-532.

S. Richmond, J., S. Berlin, J., B. Fishkind, A., H. Holloman, G., L. Zeller, S., P. Wilson, M., ... T. Ng., A. (2012). *Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup*. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17-25.

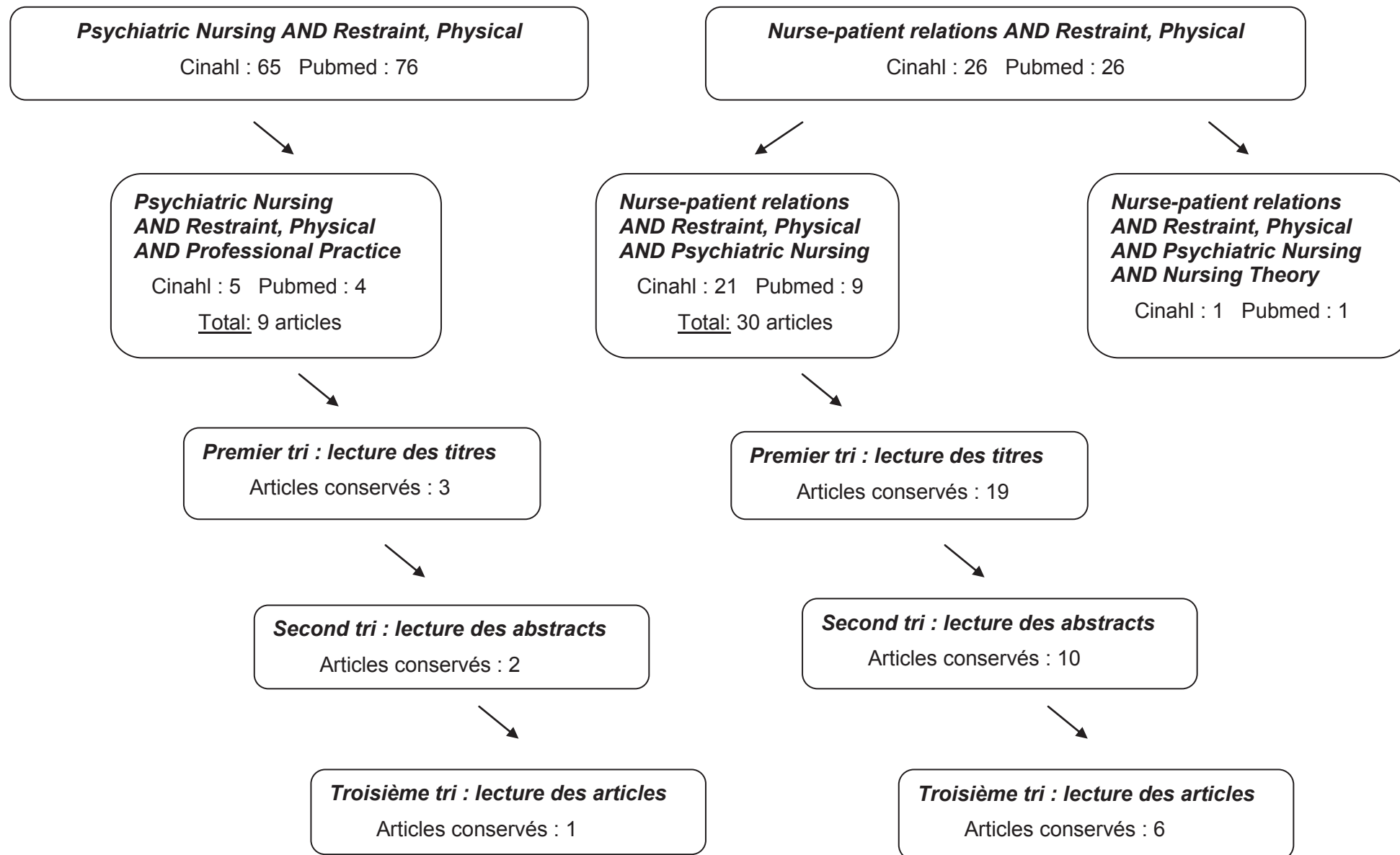
Wade Holland, G. & Kasper, N. (2006). Nursing Students' Perceptions of Instructor Caring: An Instrument Based on Watson's Theory of Transpersonal Caring. *Journal of Nursing Education*, 45 (5), 162-168.

Watson, J. (1979). *Nursing : The philosophy and science of caring*. Boston : Little, Brown & Co.

ANNEXES

- I. Diagramme de flux
- II. Questionnaire d'entretien
- III. Tableau récapitulatif des articles
- IV. Loi genevoise K 1 03
- V. Loi genevoise K 3 03
- VI. Protocole institutionnel des HUG

DIAGRAMME DE FLUX



Combinaisons de MeSH terms n'ayant pas conduit à la sélection d'articles pour le travail de bachelor

Nurses AND Psychiatry

Cinahl : Cette combinaison de MeSH terms est très générale. De ce fait, la base de données fournit 126 résultats. Afin de spécifier la recherche, le MeSH terms « Physical, Restraint » est ajouté.

Pubmed : 773

Nurses AND Psychiatry AND Restraint, Physical

Cinahl : Cette combinaison offre une sélection de résultats nettement plus restreinte (7 articles). Cependant, aucun de ces articles ne correspond aux critères d'inclusion de cette recherche documentaire.

Pubmed : 16 articles. Cette sélection contient principalement des articles ne correspondant pas aux besoins du travail. Le reste des articles a déjà été retenu dans des sélections antérieures de ce diagramme.

Nursing theory AND Restraint, Physical

Cinahl : 17 Pubmed : 10

Nursing theory AND Restraint, Physical AND Professional Role

Cinahl : La base de données ne fournit pas d'articles pour cette combinaison.

Pubmed : Un article. Ce document est spécifique à la maladie d'Alzheimer et aux considérations éthiques.

Psychiatric Nursing AND Professional Practice

Cinahl : 133 Pubmed : 349

Psychiatric Nursing AND Professional Practice AND Outcome and Process Assessment (Health Care)

Cinahl : L'ajout du MeSH term « Outcome and Process Assessment (Health Care) » conduit à un seul résultat. Cet article ne correspond pas à la question de recherche et aux sous-questions.

Pubmed : 32 articles. Ces articles ont été exclus lors du premier tri car ils ne sont pas en lien avec la thématique des mesures de contrainte.

QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN

- 1) Comment définissez-vous la contention physique ?
- 2) Comment définissez-vous le lien thérapeutique ?
- 3) Selon vous, la présence ou l'absence de lien thérapeutique est-il un facteur influant la mise en place d'une mesure de contention physique ?
- 4) La contention physique et le lien thérapeutique sont-ils compatibles ?
- 5) Quels sont selon vous les outils à disposition des soignants pour préserver le lien thérapeutique lors de l'application de mesures de contention ?
- 6) Quels sont les outils utilisés que vous recommandez ?
- 7) Quels sont les outils utilisés que vous ne recommandez pas ?
- 8) Pensez-vous à d'autres moyens qui pourraient être mis en place dans cette même optique ?
- 9) Pensez-vous que les besoins des patients sont suffisamment considérés lors de l'application de mesures de contention ?
- 10) Recommandations : comment les infirmiers de psychiatrie se positionnent-ils dans leur rôle propre face à la contention, dans le contexte de soins actuel ?

Annexe III

Auteurs (année)	Titre	Population à l'étude	Type d'étude	Objectifs	Résultats
Bigwood, S. Crowe, M. (2008)	It's part of the job, but it spoils the job: A phenomenological study of physical restraint	La population étudiée est constituée d'infirmiers, exerçant dans le milieu de la psychiatrie.	Il s'agit d'une étude phénoménologique descriptive.	L'objectif principal est de comprendre le vécu infirmier en matière de contention physique.	Les principales stratégies évoquées sont les suivantes : la nécessité de reconnaître les difficultés des infirmiers, la possibilité de débriefer, la réflexion, la formation et le soutien.
E-Morris, M. Caldwell, B. J. Mencher, K. Grogan, K. Judge-Gorny, M. Patterson, Z. Christopher, T. C. Smith, R. Mcquaide, T. (2010)	Nurse-Directed Care Model in a Psychiatric Hospital	La population à l'étude est constituée par les infirmiers et infirmières d'un hôpital psychiatrique.	Les auteurs décrivent l'étude comme un projet visant à l'amélioration de la qualité des soins.	L'objectif de l'étude est d'évaluer un modèle de soins. Ce modèle est intitulé « Nurse-Directed Care Model ». Il s'agit d'un modèle centré sur les soins infirmiers et donc sur la relation infirmier-patient.	Le modèle de soins à l'étude a engendré une augmentation des connaissances cliniques des infirmiers. Il a également permis une amélioration concernant l'environnement des patients et une réduction du nombre de recours aux mesures de contraintes physiques.
J. Ryan, C. Bowers, L. (2006)	An analysis of nurses' post-incident manual restraint reports	La population à l'étude est indirectement composée d'infirmiers et d'infirmières car les chercheurs se basent sur des rapports d'incidents rédigés par ceux-ci.	Cette étude est une analyse rétrospective de rapports infirmiers.	Le but de cette étude est de décrire la nature et la fréquence des recours aux mesures de contraintes ainsi que les suites de ces événements.	Les chercheurs ont établi des statistiques sur les lieux et les heures relatives à l'application de mesures de contrainte. Ils se sont également intéressés aux antécédents des patients concernés, aux personnes impliquées dans la situation, au type de réponse de la part de l'institution et à la résolution de ces situations de crise. Un apport important de cette étude concerne les techniques de désescalade. Ces dernières représentent une alternative efficace aux mesures de contrainte.

Annexe III

<p>Kontio, R. Joffe, G. Putkonen, H. Kuosmanen, L. Hane, K. Holi, M. Välimäki, M.</p> <p>(2012)</p>	<p>Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives</p>	<p>La population à l'étude est composée de patients hospitalisés en psychiatrie.</p>	<p>Il s'agit d'une étude qualitative descriptive.</p>	<p>Le but est de mettre en évidence des pistes concrètes pour améliorer la prise en soins des patients hospitalisés en psychiatrie.</p>	<p>Cette étude met en exergue l'importance de la communication avec le patient et du partage d'informations lors d'un débriefing. Une interaction de qualité avec le patient doit être maintenue lors de l'application d'une mesure de contrainte physique. Il est indispensable d'encourager le patient à devenir acteur de sa santé (empowerment).</p>
<p>Kontio, R. Lahti, M. Pitkänen, A. Joffe, G. Putkonen, H. Hätönen, H. Katajisto, J. Välimäki, M.</p> <p>(2011)</p>	<p>Impact of eLearning course on nurses' professional competence in seclusion and restraint practices: a randomized controlled study</p>	<p>La population à l'étude est constituée d'infirmiers et infirmières de santé mentale, issus de trois hôpitaux différents.</p>	<p>Il s'agit d'une étude quantitative, randomisée contrôlée.</p>	<p>L'objectif de cette étude est de comparer deux méthodes de formation continue des infirmiers du milieu de la santé mentale : la méthode d'apprentissage par eLearning et la méthode de formation traditionnelle. Ces deux types de formations continues sont spécifiquement orientées sur les mesures de contraintes physiques.</p>	<p>L'étude n'a pas démontré de différences statistiquement significatives entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle. Cependant, cette étude est extrêmement intéressante car elle démontre un net progrès des deux groupes quant aux différentes variables mesurées. Les chercheurs illustrent de ce fait l'importance de la formation continue des professionnels de la santé.</p>
<p>Lindwall, L. Boussaid, L. Kulzer, S. Wigerblad, A.</p> <p>(2012)</p>	<p>Patient dignity in psychiatric nursing practice</p>	<p>La population étudiée est constituée d'infirmiers, exerçant dans le milieu de la psychiatrie.</p>	<p>Il s'agit d'une recherche qualitative, avec une approche herméneutique.</p>	<p>L'objectif principal est de décrire le vécu infirmier lors de situations mettant en jeu le respect de la dignité du patient.</p>	<p>Lorsque les infirmiers ont le courage d'être présents pour les patients, ils sont dans le respect de leur dignité. Les infirmiers peuvent engendrer un sentiment d'impuissance chez les patients s'ils ne respectent pas leur dignité.</p>
<p>Roberto Paes, M. De Oliveira Borba, L. Brusamarello, T. Noeremberg Guimarães, A. Alves Maftum, M.</p> <p>(2009)</p>	<p>Contenção Física em Hospital Psiquiátrico e a Prática da Enfermagem</p>	<p>La population étudiée est composée d'infirmiers et d'aides-soignants.</p>	<p>Il s'agit d'une étude descriptive qualitative</p>	<p>Le but de cette étude est d'explorer le vécu infirmier des mesures de contraintes, chez des patients atteints de troubles mentaux.</p>	<p>Il ressort de cette étude que la contention est un moyen thérapeutique. Il est nécessaire de prodiguer certains soins à ces patients, notamment le maintien d'une relation thérapeutique par la communication.</p>

K 1 03: Loi sur la santé (LS)

Loi sur la santé (LS)

K 1 03

Tableau historique

du 7 avril 2006

(Entrée en vigueur : 1^{er} septembre 2006)

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève
décrète ce qui suit :

Chapitre I Dispositions générales

Art. 1 Buts

¹ La présente loi a pour but de contribuer à la promotion, à la protection, au maintien et au rétablissement de la santé des personnes, des groupes de personnes, de la population et des animaux, dans le respect de la dignité, de la liberté et de l'égalité de chacun. ⁽⁴⁾

² Elle garantit une égalité d'accès de chacun à des soins de qualité.

³ Elle encourage les responsabilités individuelle, familiale et collective ainsi que la solidarité.

Art. 2 Définitions

¹ La santé consiste en un état physique, psychique et social qui favorise à tout âge l'équilibre de la personne au sein de la collectivité.

² Les soins comprennent tout service fourni à une personne, à un groupe de personnes ou à la population dans le but de promouvoir, de protéger, d'évaluer, de surveiller, de maintenir, d'améliorer ou de rétablir la santé humaine.

Art. 3 Champ d'application

¹ La présente loi définit et encourage le partenariat entre les acteurs publics et privés du domaine de la santé et régit les soins.

² Sont notamment définis par la présente loi :

- a) les autorités et leur champ de compétences;
- b) les objectifs de promotion de la santé et de prévention;
- c) la planification sanitaire cantonale;
- d) les relations entre patients, membres des professions de la santé, personnes exerçant des pratiques complémentaires et institutions de santé;
- e) l'exercice des professions de la santé;
- f) les pratiques complémentaires;
- g) l'exploitation des institutions de santé;
- h) le contrôle des produits thérapeutiques;
- i) les mesures de police sanitaire;
- j) la surveillance des activités du domaine de la santé.

Art. 4 Obligations de l'Etat et des communes

¹ L'Etat et les communes tiennent compte de la santé dans la définition et la réalisation de leurs tâches et soutiennent l'aménagement de conditions de vie favorables à la santé.

² Si un projet législatif est susceptible d'engendrer des conséquences négatives sur la santé, le Conseil d'Etat peut décider de l'accompagner d'une évaluation de son impact potentiel sur la santé.

³ Pour accomplir ses tâches, l'Etat collabore avec la Confédération, les cantons, les communes, les membres des professions de la santé et les institutions de santé des secteurs privé et public ainsi qu'avec les autres milieux concernés.

⁴ Dans la limite de ses compétences, il coordonne les activités des divers partenaires du domaine de la santé.

⁵ Il veille à l'utilisation rationnelle des ressources disponibles.

⁶ Les prestations que l'Etat fournit dans l'accomplissement des tâches définies dans la présente loi, notamment celles en lien avec le dépôt de dossiers médicaux, la délivrance d'autorisations ou d'attestations ainsi que les inspections et contrôles, peuvent faire l'objet d'un émolument. Le montant des émoluments est fixé par le Conseil d'Etat.

Chapitre II Autorités

Art. 5 Conseil d'Etat

¹ Sous réserve des compétences du Grand Conseil, le Conseil d'Etat définit la politique cantonale de la santé et exerce la haute surveillance dans le domaine de la santé.

² A ce titre, il exerce les attributions suivantes :

a) il coordonne la politique cantonale de la santé;

b) il élabore la planification sanitaire cantonale;

c) il nomme les membres des commissions instituées par la présente loi.

³ Il pourvoit à l'exécution de la présente loi.

⁴ Il exerce en outre toutes les tâches et compétences qui lui sont attribuées par la présente loi.

Art. 6 Département

¹ Le département en charge de la santé (ci-après : département) met en œuvre la politique cantonale de la santé. A ce titre, il pourvoit à l'exécution des conventions internationales, du droit fédéral, des conventions intercantionales et de la législation cantonale dans le domaine de la santé.

² Il exerce la surveillance dans le domaine de la santé. Il peut procéder et faire procéder aux inspections et contrôles nécessaires.

³ Il exerce en outre toutes les tâches et compétences qui lui sont attribuées par la présente loi ainsi que toutes celles qui ne relèvent pas d'un autre organe de l'Etat conformément aux législations fédérale et cantonale en la matière.

⁴ Le département dispose à cet effet de la direction générale de la santé, comprenant le médecin, le pharmacien et le chimiste cantonal.

⁵ Il collabore avec les départements dont les tâches et les activités peuvent avoir une influence sur la santé.

Art. 7 Délégation de tâches d'exécution

¹ Le département peut déléguer, notamment sous forme de mandat de prestations, des tâches d'exécution de la présente loi à des organismes publics ou privés, son pouvoir de décision étant réservé.

² Le mandat de prestations précise les tâches d'exécution déléguées, leur mode de financement, compte tenu de la planification sanitaire cantonale, et les instruments de mesure permettant leur évaluation. Sa durée de validité, renouvelable, ne doit en principe pas dépasser quatre ans.

³ L'organisme mandaté doit fournir au département un rapport périodique sur son activité ainsi que toutes les informations utiles permettant de contrôler le bon déroulement du mandat, notamment la qualité des prestations fournies et leur caractère efficace, adéquat et économique.

⁴ Le département peut révoquer le mandat lorsque l'organisme mandaté ne remplit pas ses obligations. En cas de dol ou de négligence grave, il peut exiger le remboursement de tout ou partie des montants versés.

Art. 8 Direction générale de la santé

¹ La direction générale de la santé accomplit toutes les tâches de planification et de gestion du domaine de la santé qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

² Elle conseille le département dans tous ces domaines.

Art. 9 Médecin, pharmacien et chimiste cantonaux

¹ Le médecin cantonal est chargé des tâches que lui attribuent la présente loi, la législation cantonale ainsi que la législation fédérale, notamment la lutte contre les maladies transmissibles et les abus de stupéfiants.

² Le pharmacien cantonal est chargé des tâches que lui attribuent la présente loi et la législation fédérale, notamment le contrôle des produits thérapeutiques, des stupéfiants et des toxiques.

³ Le chimiste cantonal est chargé des tâches que lui attribuent la présente loi et la législation fédérale, notamment le contrôle des denrées alimentaires et des objets usuels.

⁴ Les services concernés collaborent avec le vétérinaire cantonal dans l'exécution des tâches de prévention et de lutte contre les zoonoses.

⁵ Ils conseillent le département dans ces différents domaines.

Art. 10 Commission de surveillance

¹ Une commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (ci-après : la commission de surveillance) est instituée.

² Son organisation et ses compétences sont réglées par la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, du 7 avril 2006.

Art. 11 Instance de médiation

¹ Pour aider les patients et les professionnels de la santé à résoudre leurs différends, il est institué une instance de médiation.

² Ses compétences sont réglées par la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, du 7 avril 2006.

Art. 12 Autorité supérieure de levée du secret professionnel

¹ Il est institué une commission chargée de statuer sur les demandes de levée du secret professionnel (ci-après : la commission du secret professionnel) conformément à l'article 321 chiffre 2 du code pénal suisse.

² Elle est composée de 3 membres dont un médecin de l'Institut universitaire de médecine légale, qui assume la présidence, un représentant de la direction générale de la santé et un représentant d'organisations se vouant statutairement à la défense des droits des patients.

³ Les membres sont nommés par le Conseil d'Etat. Il est procédé à la désignation d'un suppléant pour chacun d'eux.

⁴ En cas de requête en levée du secret professionnel présentant un caractère d'extrême urgence, le président peut statuer à titre provisionnel.

⁵ Les décisions de cette commission du secret professionnel peuvent faire l'objet d'un recours dans les 10 jours qui suivent leur notification auprès du Tribunal administratif.

⁶ Cette commission du secret professionnel est rattachée administrativement au département.

⁷ Elle exerce en toute indépendance les compétences que la présente loi lui confère.

Art. 13 Communes

¹ Les communes veillent, dans le cadre de leurs compétences, au maintien de l'hygiène générale conformément à l'article 125 de la présente loi.

² Elles remplissent les autres tâches et compétences qui leur sont attribuées par la législation cantonale.

Chapitre III Promotion de la santé et prévention

Section 1 Dispositions générales

Art. 14 Promotion de la santé

¹ La promotion de la santé est un processus qui donne les moyens à l'individu et à la collectivité d'agir favorablement sur les facteurs déterminants de la santé et qui encourage les modes de vie sains.

² Elle a pour but de maintenir et d'améliorer la santé des individus et de la population en général.

Art. 15 Prévention

La prévention comprend l'ensemble des mesures ayant pour but d'éviter la survenance de maladies et d'accidents ou de réduire leur nombre, leur gravité et leurs conséquences.

Art. 16 Mesures de promotion de la santé et de prévention

¹ Les mesures de promotion de la santé et de prévention englobent en particulier :

- a) l'information de la population sur la santé et ses déterminants, notamment en vue de développer les responsabilités individuelle, familiale et collective;
- b) l'éducation de la population, en particulier les jeunes, en vue d'encourager des comportements favorables à la santé, notamment une alimentation saine et une bonne hygiène de vie;
- c) l'action communautaire et l'entraide, ainsi que l'aide et le conseil des personnes ou des groupes de personnes directement concernés par un problème de santé;
- d) l'aménagement de conditions de vie et de travail favorables à la santé;
- e) la détection précoce des risques et des problèmes de santé;
- f) le traitement préventif ou précoce des problèmes de santé;
- g) le recueil d'informations et la recherche épidémiologique;
- h) l'éducation dans le recours aux services de santé;
- i) la formation des professionnels de la santé et des autres personnes intervenant dans la promotion de la santé et la prévention, la loi sur l'université, du 13 juin 2008, étant réservée; ⁽¹⁾
- j) l'intégration des personnes handicapées.

² La conception, la réalisation et l'évaluation de ces mesures font l'objet d'actions spécifiques.

³ Dans chaque domaine où il intervient, l'Etat encourage les attitudes et les conditions de vie qui permettent de prévenir ou de limiter les atteintes à la santé et leurs conséquences et soutient les mesures d'information les concernant.

Section 2 Domaines prioritaires

Art. 17 Promotion de la santé périconceptionnelle, prénatale et périnatale

¹ L'Etat encourage les mesures de prévention materno-infantiles visant à permettre à chaque enfant de naître et de se développer dans les meilleures conditions de santé possibles.

² Il soutient en particulier les mesures d'aide et de conseils aux futurs parents et aux familles.

Art. 18 Promotion de la santé des enfants et adolescents

¹ L'Etat définit l'organisation de la promotion de la santé, de la prévention et de la surveillance de la santé dans les structures d'accueil de la petite enfance, dans les écoles publiques et privées, dans les foyers et dans les institutions pour enfants et adolescents, en collaboration avec les communes, les institutions de santé et les associations.

² Il fixe en particulier les tâches, les compétences et l'organisation des services de santé scolaire et des autres professionnels et institutions de santé responsables de la santé scolaire.

Art. 19 Promotion de la santé au travail

¹ L'Etat encourage les mesures de promotion de la santé au travail, d'hygiène, de médecine et de sécurité liées aux conditions et à l'organisation du travail.

² Il soutient également les mesures de prévention des maladies et accidents professionnels.

Art. 20 Promotion de la santé des personnes âgées

L'Etat soutient et encourage les mesures de promotion de la santé et de prévention en faveur des personnes âgées, en particulier celles visant à maintenir et à prolonger l'autonomie des personnes âgées, si possible dans le cadre de vie de leur choix.

Art. 21 Prévention des maladies non transmissibles et transmissibles

¹ L'Etat encourage les mesures destinées à prévenir les maladies qui, en termes de morbidité et de mortalité, ont des conséquences sociales et économiques importantes ainsi que les mesures visant à limiter les effets néfastes de ces maladies sur la santé et l'autonomie des personnes concernées.

² L'Etat prend les mesures nécessaires pour prévenir et empêcher la propagation de maladies transmissibles, y compris les zoonoses.

³ Il encourage leur prévention, notamment par des campagnes de vaccinations qu'il peut rendre obligatoires si nécessaire, conformément aux dispositions de la loi fédérale.

Art. 22 Prévention des atteintes à la santé liées à l'environnement

L'Etat encourage les mesures destinées à prévenir les atteintes à la santé dues à l'environnement naturel et bâti, et soutient les actions visant à maintenir ou rétablir un environnement propice à la santé.

Art. 23 Promotion de la santé mentale

L'Etat soutient les actions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles psychiques.

Art. 24 Promotion de la dignité en fin de vie

¹ L'Etat veille à la promotion des soins palliatifs et à leur développement dans les lieux de pratique des professionnels de la santé.

² Il encourage l'élaboration de directives anticipées notamment dans les institutions de santé, en particulier dans les établissements médico-sociaux.

Art. 25 Information sexuelle et planning familial

L'Etat soutient les mesures d'information et d'éducation sexuelles ainsi que de planning familial.

Art. 26 Prévention des accidents

¹ L'Etat encourage les actions de prévention des accidents, comportant des mesures passives agissant sur l'environnement et des mesures actives agissant sur les comportements.

² Il soutient la diffusion dans les populations concernées d'informations sur les comportements sûrs et sur la gestion et la maîtrise des risques.

Art. 27 Prévention des dépendances

¹ L'Etat soutient les actions de prévention des addictions ainsi que les mesures de réduction des risques dans ce domaine, en particulier auprès des mineurs.

² La publicité pour les boissons alcoolisées, les produits du tabac, les médicaments et les autres substances nuisibles à la santé est interdite dans les limites des dispositions fédérales et cantonales.

Chapitre IV Planification sanitaire

Art. 28 Principe

¹ Sur la base d'une évaluation de la santé de la population, la planification sanitaire cantonale a pour buts de déterminer les besoins en soins compte tenu de l'évolution démographique, de définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et la plus économique et de garantir des soins appropriés de qualité.

² Le Conseil d'Etat présente au Grand Conseil tous les 4 ans une planification sanitaire

cantonale comportant notamment les objectifs, les activités, les organismes responsables et les modes de financement. Le Grand Conseil se prononce dans les 6 mois sous forme de résolution.

³ La planification sanitaire comprend notamment le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention ainsi que le plan cantonal d'accès aux soins

⁴ La réalisation, l'exécution et le financement de la planification sanitaire sont fixés dans des dispositions légales spécifiques.

Art. 29 Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention

¹ Le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention détermine les besoins en fonction des domaines concernés et définit les mesures propres à les satisfaire. Il tient compte des initiatives d'organismes privés, des projets des communes et des organismes publics cantonaux ainsi que des actions menées par les autres cantons et la Confédération.

² Le plan cantonal accorde une attention spéciale aux populations se trouvant dans une situation sociale, sanitaire ou économique défavorable et aux différences de cultures. Il tient compte des besoins de l'individu spécifiques à chaque étape de sa vie.

³ Le département, en collaboration avec les autres départements concernés, met en œuvre le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention. Il coordonne les projets de promotion de la santé et de prévention, s'assure de leur qualité et de leur évaluation. Il encourage la recherche en la matière.

Art. 30 Plan cantonal d'accès aux soins

¹ Le plan cantonal d'accès aux soins comprend l'organisation du réseau de soins stationnaires et ambulatoires en veillant à une couverture des soins conforme aux besoins de la population, tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

² Le plan cantonal d'accès aux soins a pour but de garantir l'accès aux soins pour tous. A cet effet, il établit les bases d'une collaboration et d'une coordination des prestataires de soins publics et privés.

³ Le plan cantonal stationnaire comprend l'organisation du réseau de soins stationnaires, les mandats de prestations de chaque établissement et les collaborations intercantionales et régionales, conformément à l'art. 39 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal).

⁴ Le plan cantonal ambulatoire vise à assurer une couverture des soins ambulatoires conforme aux besoins de la population.

Art. 31 Statistiques et autres moyens de mesures

¹ Le Conseil d'Etat règle, conformément aux normes reconnues en la matière, l'établissement, l'analyse et la publication des statistiques et des autres moyens de mesures nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale.

² Dans les limites de leurs capacités, les professionnels et les institutions de santé sont tenus de participer à l'établissement des statistiques et des autres moyens de mesure nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale, pour autant que les données requises ne soient pas déjà disponibles auprès d'autres organismes publics.

Art. 32 Rapport sur la santé de la population

¹ Sur la base des statistiques et des autres moyens de mesures nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale, le département publie à intervalles réguliers un rapport sur la santé de la population.

² Il peut mandater un organisme public ou privé pour l'établissement de ce rapport.

Art. 33 Financement

¹ Le Conseil d'Etat prévoit au budget les ressources nécessaires pour élaborer, subventionner, évaluer et contrôler le plan cantonal et les actions spécifiques de promotion de la santé et de prévention qui en découlent.

² Le Conseil d'Etat fixe les critères et les modalités de subventionnement des actions et des institutions qui y participent.

Chapitre V Relations entre patients et professionnels de la santé

Section 1 Dispositions générales

Art. 34 Champ d'application

Le présent chapitre régle les relations entre patients, professionnels de la santé et institutions de santé lors de soins prodigués tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

Art. 35 Admission des patients dans les institutions de santé

¹ Nul ne peut être admis contre son gré dans une institution de santé, sauf sur la base d'une décision de privation de liberté à des fins d'assistance ou d'une mesure thérapeutique ou d'internement selon le code pénal suisse.

² La privation de liberté à des fins d'assistance est réglée par le code civil et par la loi concernant la privation de liberté à des fins d'assistance, du 7 avril 2006. L'admission des personnes faisant l'objet d'une mesure thérapeutique ou d'un internement est régie par le code pénal suisse et la loi d'application du code pénal et d'autres lois fédérales en matière pénale, du 14 mars 1975.

Art. 36 Sortie d'une institution de santé

¹ Le patient peut quitter à tout moment une institution de santé. Cette dernière a le droit de lui demander une confirmation écrite de sa décision, après l'avoir clairement informé des risques ainsi encourus.

² Avec l'accord du patient, l'institution de santé prévient le médecin qui a rédigé le certificat médical conformément à l'article 44, alinéa 1, et le médecin traitant.

Art. 37 Droit aux liens avec l'extérieur dans les institutions de santé

¹ Le patient séjournant en institution de santé doit pouvoir maintenir le contact avec ses proches. Des restrictions ne sont autorisées que dans l'intérêt des autres patients et compte tenu des exigences des soins et du fonctionnement de l'institution de santé.

² L'enfant hospitalisé a le droit d'entretenir des contacts avec ses parents sans contrainte d'horaires et dans un environnement approprié.

³ Le patient a le droit de recevoir en tout temps la visite de son médecin de confiance, spontanément ou sur demande.

⁴ Le patient a droit en tout temps aux visites de l'aumônier de l'institution de santé ainsi qu'à celle de son conseiller spirituel extérieur.

Art. 38 Accompagnement des patients en institution de santé

¹ Le patient suivi par une institution de santé a droit à une assistance et à des conseils. Il a droit en particulier au soutien de ses proches.

² Le patient séjournant dans une institution de santé a le droit de demander un accompagnement par un représentant d'organisme ou une personne reconnue à cette fin par le département. Il a également droit à cet accompagnement pendant la durée de toutes les procédures découlant de la présente loi ou de la loi sur la privation de liberté à des fins d'assistance, du 7 avril 2006.

³ Les institutions tiennent à disposition des patients une liste des organismes et individus admis à accompagner les patients.

Art. 39 Accompagnement des patients en fin de vie

¹ Les patients en fin de vie ont droit aux soins, au soulagement et au réconfort appropriés. Leurs proches doivent bénéficier d'une assistance et des conseils nécessaires.

² Les patients en fin de vie bénéficient d'un accompagnement adéquat et peuvent se faire entourer de leurs proches sans restriction horaire.

Art. 40 Devoirs des patients

¹ Les patients s'efforcent de contribuer au bon déroulement des soins, notamment en donnant aux professionnels de la santé les renseignements les plus complets sur leur

santé et en suivant les prescriptions qu'ils ont acceptées.

² En institution de santé, les patients ainsi que leurs proches observent le règlement intérieur et manifestent du respect envers les professionnels de la santé et les autres patients.

Art. 41 Voies de droit

¹ Indépendamment des voies de droit ordinaires, toute personne qui allègue une violation d'un droit que la présente loi reconnaît aux patients peut saisir en tout temps, par le biais d'une plainte ou d'une dénonciation, la commission de surveillance.

² A moins que la saisine de la commission de surveillance ne soit manifestement irrecevable ou mal fondée ou qu'un intérêt public prépondérant ne justifie l'instruction de l'affaire par la commission de surveillance, il peut être proposé aux parties de résoudre à l'amiable leur différend devant l'instance de médiation.

³ La procédure est réglée par la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, du 7 avril 2006.

Section 2 Principaux droits du patient

Art. 42 Droit aux soins

Toute personne a droit aux soins qu'exige son état de santé à toutes les étapes de la vie, dans le respect de sa dignité et, dans la mesure du possible, dans son cadre de vie habituel.

Art. 43 Libre choix du professionnel de la santé

¹ Toute personne a le droit de s'adresser au professionnel de la santé de son choix.

² Le libre choix du professionnel de la santé peut être limité dans les institutions de santé publiques ou subventionnées ainsi qu'en cas d'urgence et de nécessité.

Art. 44 Libre choix de l'institution de santé

¹ Dans la mesure où l'état de santé attesté par un certificat médical l'exige, toute personne a le droit d'être soignée dans une institution de santé publique ou dans une institution de santé privée au bénéfice d'un mandat de prestations, pour autant que les soins requis entrent dans la mission de cette institution.

² Le droit au libre choix de l'institution de santé peut être limité en cas d'urgence et de nécessité.

³ Les personnes détenues et nécessitant des soins en milieu hospitalier sont admises selon leur état de santé dans le service de médecine pénitentiaire ou le service médical spécialisé des Hôpitaux universitaires de Genève.

Art. 45 Droit d'être informé

¹ Le patient a le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur :

- a) son état de santé;
- b) les traitements et interventions possibles, leurs bienfaits et leurs risques éventuels;
- c) les moyens de prévention des maladies et de conservation de la santé.

² Il peut demander un résumé écrit de ces informations.

³ Le patient doit recevoir, lors de son admission dans une institution de santé, une information écrite sur ses droits, sur les mesures de protection ou d'assistance prévues par le droit tutélaire, sur ses devoirs ainsi que sur les conditions de son séjour. Si nécessaire, ses proches sont également informés.

⁴ Dans les limites de ses compétences, tout professionnel de la santé s'assure que le patient qui s'adresse à lui a reçu les informations nécessaires afin de décider en toute connaissance de cause.

⁵ Lorsque le remboursement par l'assurance obligatoire de soins n'est pas garanti, il en informe le patient.

Art. 46 Choix libre et éclairé – Personne capable de discernement

¹ Aucun soin ne peut être fourni sans le consentement libre et éclairé du patient capable de discernement, qu'il soit majeur ou mineur.

² Le patient peut retirer son consentement en tout temps.

Art. 47 Choix libre et éclairé – Directives anticipées

Principes

¹ Toute personne informée, capable de discernement, peut rédiger des directives anticipées sur le type de soins qu'elle désire recevoir ou non dans des situations données où elle ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté.

² De même, toute personne peut par avance désigner un représentant thérapeutique pour prendre en son nom les décisions de soins si elle venait à perdre le discernement. Le représentant thérapeutique choisi doit alors recevoir les informations nécessaires conformément à l'article 45 et pouvoir accéder au dossier du patient aux conditions de l'article 55 de la présente loi.

³ Les directives anticipées peuvent être modifiées ou annulées à tout moment par leur auteur.

Art. 48 Choix libre et éclairé – Directives anticipées

Effets

¹ Le professionnel de la santé doit respecter la volonté que le patient a exprimée dans des directives anticipées, pour autant que ce dernier se trouve dans une situation qu'elles prévoient.

² Lorsque le professionnel de la santé a des raisons de penser que les directives anticipées ne correspondent plus à la volonté actuelle du patient ou qu'il existe un conflit d'intérêt entre le patient et le représentant qu'il a désigné, il doit saisir l'autorité tutélaire.

Art. 49 Choix libre et éclairé – Personne incapable de discernement

¹ Si le patient est incapable de discernement, le professionnel de la santé doit rechercher s'il a rédigé des directives anticipées ou désigné un représentant. A défaut, le professionnel de la santé doit obtenir l'accord du représentant légal après lui avoir fourni les informations nécessaires conformément à l'article 45 et lui avoir permis d'accéder au dossier médical. En l'absence de représentant légal, le professionnel de la santé s'adresse aux proches afin de déterminer la volonté présumée du patient.

² Lorsque la décision du représentant choisi par le patient ou du représentant légal met en danger la santé du patient, le professionnel de la santé peut saisir l'autorité tutélaire.

³ A titre exceptionnel, soit en cas d'urgence ou dans l'attente de la désignation d'un représentant légal, le professionnel de la santé doit agir conformément aux intérêts objectifs du patient, en tenant compte de la volonté présumée de celui-ci.

Art. 50 Mesures de contrainte – En général

¹ Par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite. Le droit pénal et civil en matière de mesures thérapeutiques et d'internement et de privation de liberté à des fins d'assistance est réservé, de même que la législation en matière de lutte contre les maladies transmissibles de l'homme.

² A titre exceptionnel et, dans la mesure du possible, après en avoir discuté avec le patient, respectivement le représentant qu'il a désigné, le représentant légal ou ses proches, le médecin responsable d'une institution de santé peut, après consultation de l'équipe soignante, imposer pour une durée limitée des mesures de contrainte strictement nécessaires à la prise en charge du patient :

a) si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas et

b) si le comportement du patient présente un danger grave pour la sécurité ou la santé de lui-même ou d'autrui.

³ Le médecin responsable d'une institution de santé peut déléguer cette prérogative à un autre professionnel de la santé compétent.

⁴ La mise en cellule d'isolement à caractère carcéral est interdite.

Art. 51 Mesures de contrainte – Modalités et protection des patients

¹ La surveillance du patient est renforcée pendant toute la durée de la mesure de contrainte, dont le maintien fait l'objet d'évaluations régulières et fréquentes. Un protocole

comprenant le but et le type de chaque mesure utilisée, ainsi que le nom de la personne responsable et le résultat des évaluations est inséré dans le dossier du patient.

² Le patient, le représentant qu'il a désigné pour prendre en son nom les décisions de soins, son représentant légal et ses proches peuvent s'adresser à la commission de surveillance pour demander l'interdiction ou la levée des mesures de contrainte.

Section 3 Traitement des données relatives à la santé du patient

Art. 52 Tenue d'un dossier de patient

¹ Tout professionnel de la santé pratiquant à titre dépendant ou indépendant doit tenir un dossier pour chaque patient.

² Le Conseil d'Etat désigne les professions qui sont exemptées de cette obligation, partiellement ou entièrement, et détermine les conditions de l'exemption.

³ Il fixe les exigences minimales concernant la tenue et le traitement des dossiers, y compris dans les institutions de santé.

Art. 53 Contenu du dossier

Le dossier comprend toutes les pièces concernant le patient, notamment l'anamnèse, le résultat de l'examen clinique et des analyses effectuées, l'évaluation de la situation du patient, les soins proposés et ceux effectivement prodigués, avec l'indication de l'auteur et de la date de chaque inscription.

Art. 54 Dossier informatisé

Le dossier du patient peut être tenu sous forme informatisée, pour autant que toute adjonction, suppression ou autre modification reste décelable et que l'on puisse identifier son auteur et sa date.

Art. 55 Consultation du dossier

¹ Le patient a le droit de consulter son dossier et de s'en faire expliquer la signification. Il peut s'en faire remettre en principe gratuitement les pièces, ou les faire transmettre au professionnel de la santé de son choix.

² Ce droit ne s'étend pas aux notes rédigées par le professionnel de la santé exclusivement pour son usage personnel, ni aux données concernant des tiers et protégées par le secret professionnel.

Art. 56 Traitement des données

¹ Le traitement des données du patient, en particulier la communication de données à autrui, est régi par la législation fédérale, la législation cantonale sur la protection des données personnelles ainsi que par les dispositions spéciales de la présente loi.

² Le traitement des données dans le cadre du réseau communautaire d'informatique médicale est au surplus régi par la loi spéciale y relative.

Art. 57 Conservation du dossier

¹ Les éléments du dossier doivent être conservés aussi longtemps qu'ils présentent un intérêt pour la santé du patient, mais au moins pendant dix ans dès la dernière consultation.

² Si aucun intérêt prépondérant pour la santé du patient ou pour la santé publique ne s'y oppose, le dossier est détruit après vingt ans au plus tard. Sont réservées les dispositions de la loi sur les archives publiques, du 1^{er} décembre 2000 imposant un délai de conservation plus long.

³ Le patient peut consentir à une prolongation de la durée de conservation de son dossier à des fins de recherche.

Art. 58 Sort du dossier en cas de cessation d'activité

¹ Le professionnel de la santé qui cesse ou interrompt son activité en informe ses patients. A leur demande, il leur remet leur dossier ou le transmet au professionnel de la santé qu'ils ont désigné. Sans réponse du patient dans un délai raisonnable, il remet les dossiers à l'association professionnelle à laquelle il appartient ou, à défaut, à la direction générale de la santé, contre émoluments.

² En cas de décès du professionnel de la santé, ses dossiers sont placés sous la responsabilité de l'association professionnelle à laquelle il appartient ou de la direction générale de la santé.

³ Les dépositaires sont tenus au respect de la protection des données. En particulier, ils ne peuvent ni consulter, ni utiliser, ni communiquer les données contenues dans les dossiers placés sous leur responsabilité.

⁴ L'article 57 relatif à la conservation du dossier leur est applicable.

Section 4 Mesures médicales spéciales

Art. 58A⁽³⁾ Prélèvement et transplantation – Autorité compétente

L'autorité compétente pour appliquer la loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (ci-après : la loi sur la transplantation), du 8 octobre 2004, est le médecin cantonal.

Art. 59⁽³⁾ Prélèvement et transplantation – Prélèvement sur une personne mineure ou incapable de discernement

L'autorité indépendante pour autoriser à titre exceptionnel le prélèvement de tissus ou de cellules régénérables sur une personne mineure ou incapable de discernement, selon l'article 13 de la loi sur la transplantation, est le Tribunal tutélaire.

Art. 60 Prélèvement et transplantation – Prélèvement à des fins étrangères à la transplantation

Le prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules sur une personne décédée est autorisé à d'autres fins uniquement avec le consentement exprès du donneur ou de ses proches. Les proches ne peuvent s'opposer au prélèvement lorsque la personne décédée y a expressément consenti de son vivant.

Art. 61 Recherche biomédicale avec des personnes – Principes

¹ Toute recherche biomédicale impliquant des personnes doit être menée conformément aux règles des bonnes pratiques des essais cliniques et épidémiologiques, reconnues au niveau national, dont le but est de garantir la protection des sujets de recherche et d'assurer la qualité des résultats.

² Une recherche biomédicale impliquant des personnes doit en particulier respecter les conditions suivantes :

- a) l'investigateur responsable est titulaire d'un diplôme fédéral de médecin ou de médecin dentiste ou d'un diplôme équivalent et a l'autorisation de pratiquer la médecine ou la médecine dentaire;
- b) les risques prévisibles pour les sujets de recherche ne sont pas disproportionnés par rapport aux bénéfices potentiels de la recherche;
- c) toutes les mesures nécessaires ont été prises pour protéger la santé, le bien-être et les droits des sujets de recherche, le promoteur, l'investigateur et, le cas échéant, l'organisme de recherche ayant convenu dans l'intérêt des sujets des modalités visant à prévenir tout dommage dans le cadre de la recherche et veillé en particulier à garantir le suivi médical des sujets;
- d) la protection des données relatives aux sujets de recherche est garantie;
- e) les sujets de recherche ont donné leur consentement libre, exprès et éclairé, par écrit ou attesté par écrit, après avoir été informés notamment sur la nature et le but de la recherche, l'ensemble des contraintes, des actes et des analyses impliqués, l'existence éventuelle d'autres traitements que ceux qui sont prévus dans la recherche, les risques et les inconforts prévisibles, les bénéfices potentiels, leur droit à une compensation en cas de dommages imputables à la recherche, leur droit de retirer leur consentement à tout moment sans préjudice pour la poursuite des soins;
- f) la recherche a obtenu l'avis favorable de la ou des commissions d'éthique de la recherche compétentes.

³ Toute recherche biomédicale qui n'est pas obligatoirement notifiée à une autorité nationale doit l'être à l'autorité cantonale compétente, selon la procédure fixée par le Conseil d'Etat.

⁴ Pour le surplus, les dispositions de la loi fédérale sur les produits thérapeutiques, du 15

décembre 2000, sont applicables à toute recherche biomédicale.

Art. 62 Recherche biomédicale avec des personnes – Conflits d'intérêt

¹ Le promoteur, l'investigateur et, le cas échéant, l'organisme de recherche doivent informer la commission d'éthique de la recherche compétente des conflits d'intérêts, de nature financière ou autre, qui peuvent influencer le déroulement de la recherche, l'analyse et la publication des résultats, ainsi que les mesures adoptées afin d'en prévenir les effets.

² Une recherche ne peut être entreprise que si l'investigateur a un droit d'accès à toutes les données brutes et si sa liberté de publier les résultats obtenus, positifs ou négatifs, est garantie.

³ L'investigateur rend public par tout moyen approprié les résultats de la recherche dans un délai raisonnable.

Art. 63 Recherche biomédicale avec des personnes – Registre des sujets de recherche

¹ Il est créé un registre des sujets de recherche afin de s'assurer que ceux-ci ne participent pas simultanément à plusieurs recherches impliquant des personnes et respectent le délai d'attente entre chaque recherche à laquelle ils participent.

² Doit être inscrite dans le registre des sujets de recherche toute personne qui participe à une recherche sans bénéfice direct attendu pour sa santé (volontaire sain).

³ Le Conseil d'Etat peut étendre le champ d'application du registre à d'autres recherches que celles mentionnées à l'alinéa 2. Il règle en outre le détail de l'organisation, du financement et du contrôle du registre des sujets de recherche.

Art. 64 Recherche biomédicale avec des personnes – Commission d'éthique de la recherche

¹ La commission d'éthique de la recherche compétente procède à l'évaluation éthique des projets de recherche et en vérifie la qualité scientifique. Ce faisant, elle veille à préserver les droits, la sécurité et le bien-être des sujets de recherche conformément aux règles reconnues des bonnes pratiques des essais cliniques et épidémiologiques.

² La commission d'éthique accorde une attention toute particulière aux recherches impliquant des populations vulnérables ou en situation d'urgence médicale.

³ Le Conseil d'Etat fixe les exigences que doivent remplir ces commissions, en particulier le détail de leur compétence, leur composition, la procédure de désignation de leurs membres, leur mode de fonctionnement, leur financement et la procédure de surveillance dont elles font l'objet.

⁴ Le département autorise les commissions d'éthique de la recherche compétentes.

Art. 65 Formation des professionnels de la santé

¹ La participation des patients à des activités spécifiques de formation des professionnels de la santé requiert leur consentement ou l'accord de leur représentant légal, la volonté des patients devant toujours être respectée.

² Le patient a le droit de refuser de participer à une activité spécifique de formation des professionnels de la santé. Il peut également retirer, à tout moment, le consentement préalablement donné, sans crainte d'en subir un préjudice dans le cadre des soins dont il a besoin.

³ La formation des professionnels de la santé doit être donnée dans le respect de la dignité et de la sphère privée des patients.

Art. 66 Interruption de grossesse

Le Conseil d'Etat fixe les modalités d'application des dispositions du code pénal suisse en matière d'interruption de grossesse. Il désigne en particulier les autorités compétentes.

Art. 67 Stérilisation des personnes incapables de discernement

Avant de procéder à toute intervention sur une personne incapable de discernement provoquant une interruption permanente de la fécondité, le médecin concerné doit le signaler à l'autorité tutélaire de surveillance, les cas d'urgence étant réservés.

Art. 68 Constatation de la mort

¹ Le permis d'inhumation et d'incinération d'une personne décédée ne peut être délivré que sur la base d'un certificat de décès établi par un médecin.

² En cas de mort suspecte, violente ou sur la voie publique et en cas de mort par maladie transmissible présentant un risque grave de santé publique, le médecin concerné doit refuser le certificat de décès. Il délivre alors un simple constat de décès et avise les autorités compétentes pour procéder à la levée de corps.

Art. 69 Sort du cadavre et sépulture

Le Conseil d'Etat fixe les conditions de levée de corps, d'octroi du permis d'inhumation et d'incinération, de transport, d'inhumation et d'exhumation des cadavres ainsi que les interventions qui peuvent être pratiquées sur eux. Il fixe également les conditions auxquelles une personne peut faire don de son corps à la science, à des fins d'enseignement ou de recherche.

Art. 70 Autopsie

¹ Une autopsie ou un prélèvement sur un cadavre ne peut être pratiqué que si la personne décédée ou ses proches y ont expressément consenti, la volonté de la personne décédée devant toujours être respectée.

² Les proches peuvent être informés des conclusions de l'autopsie par le truchement d'un médecin, à moins que la personne décédée ne s'y soit opposée.

³ Si l'intérêt de la santé publique l'exige, la direction générale de la santé peut ordonner une autopsie, même contre la volonté de la personne décédée ou de ses proches.

⁴ Demeurent réservées les décisions des autorités judiciaires.

Chapitre VI Professions de la santé

Section 1 Dispositions générales

Art. 71 Champ d'application

¹ Le présent chapitre s'applique aux professionnels de la santé qui fournissent des soins en étant directement en contact avec leurs patients et dont l'activité doit être contrôlée pour des raisons de santé publique.

² Tout soin qui, compte tenu de la formation et de l'expérience requises pour le prodiguer, relève spécifiquement d'une profession soumise à la présente loi ne peut être fourni que par une personne ayant le droit de pratiquer cette profession.

³ Le Conseil d'Etat établit périodiquement par voie réglementaire la liste des professions soumises au présent chapitre ainsi que les conditions spécifiques de leur droit de pratique.

Art. 71A⁽⁴⁾ Professions médicales universitaires

En plus de la présente loi, les dispositions de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires, du 23 juin 2006, sont applicables aux professions suivantes exercées à titre indépendant : médecin, dentiste, chiropraticien, pharmacien et vétérinaire.

Art. 72⁽⁴⁾ Catégories de professionnels

¹ La présente loi s'applique aux trois catégories de professionnels de la santé suivantes :

- a) ceux qui exercent à titre indépendant;
- b) ceux qui exercent à titre dépendant sous leur propre responsabilité;
- c) ceux qui exercent à titre dépendant sous la responsabilité d'un professionnel de la santé cité aux lettres a ou b.

² Les notions d'indépendance et de dépendance s'entendent au sens de la législation en matière d'assurances sociales.

Art. 72A⁽⁴⁾ Formation professionnelle

¹ Dans le cadre de sa formation, le professionnel de la santé ne peut pas pratiquer sous sa propre responsabilité.

² Sous réserve du droit fédéral, le Conseil d'Etat fixe la durée de formation admise selon la

profession et la spécialisation ainsi que le nombre de personnes en formation dont peut être responsable un professionnel autorisé, en distinguant la formation en pratique privée de celle en institution de santé. Il peut charger le département de régler le détail de cette matière.

Art. 73 Titre de spécialiste

Un professionnel de la santé ne peut porter un titre ou se référer à une formation particulière que s'il possède le titre correspondant ou si la formation en question a été reconnue par le département.

Section 2 Droit de pratique

Art. 74 Principe

Une personne n'a le droit de pratiquer une profession de la santé que si elle est au bénéfice d'une autorisation de pratique délivrée par le département.

Art. 75 Autorisation de pratique

¹ L'autorisation de pratique est délivrée au professionnel de la santé qui :

- a) possède le diplôme ou le titre requis en fonction de la profession ou un titre équivalent reconnu par le département;
- b) présente un certificat médical attestant qu'il ne souffre pas d'affections physiques ou psychiques incompatibles avec l'exercice de sa profession;
- c) n'a pas fait l'objet de sanction administrative ou de condamnation pénale pour une faute professionnelle grave ou répétée ou pour un comportement indigne de sa profession.

² Lorsque le professionnel de la santé est au bénéfice d'une autorisation de pratiquer dans un autre canton, le département peut lui demander de lui fournir une copie conforme et actuelle de cette autorisation. ⁽⁴⁾

[Art. 76, 77] ⁽⁴⁾

Art. 78 ⁽⁴⁾ Durée du droit de pratique

Un professionnel de la santé qui entend exercer son activité au-delà de 70 ans doit en faire la demande à la direction générale de la santé en présentant un certificat médical. Le droit de pratiquer peut être prolongé pour 3 ans, puis d'année en année jusqu'à 80 ans.

Art. 79 Inscription dans les registres

¹ Le département tient, par profession, un registre dans lequel sont inscrites les autorisations délivrées.

² Les registres sont publics.

³ Les professionnels de la santé inscrits dans les registres sont tenus d'informer le département de tout fait pouvant entraîner une modification de leur inscription.

⁴ L'exercice d'une profession médicale universitaire est exclusif de toute autre profession régie par la présente loi, à l'exception du médecin qui est également dentiste. Il en va de même de l'exercice des professions d'assistant-médecin, d'assistant en médecine dentaire, d'assistant-pharmacien, d'assistant-vétérinaire, de droguiste, d'opticien et de préparateur en pharmacie. Les autres professions de la santé ne sont pas exclusives les unes des autres dans les limites définies, par voie réglementaire, par le Conseil d'Etat après consultation des associations professionnelles concernées. ⁽⁴⁾

Section 3 Droits et devoirs

Art. 80 ⁽⁴⁾ Devoirs professionnels

Sauf dispositions contraires de la présente loi, les devoirs professionnels prévus à l'article 40 de la loi fédérale sur les professions médicales, du 23 juin 2006, s'appliquent à tous les professionnels de la santé.

Art. 80A ⁽⁴⁾ Respect de la dignité humaine et de la liberté du patient

¹ Le professionnel de la santé doit veiller au respect de la dignité et des droits de la personnalité de ses patients.

² Dans le cadre de ses activités, le professionnel de la santé s'abstient de tout endoctrinement des patients.

Art. 81 Libre choix

¹ Le professionnel de la santé est libre d'accepter ou de refuser un patient dans les limites déontologiques de sa profession. Il a toutefois l'obligation de soigner en cas de danger grave et imminent pour la santé du patient.

² Lorsque les intérêts du patient l'exigent, le professionnel de la santé a l'obligation de collaborer avec l'ensemble des autres professionnels.

Art. 82 Objection de conscience

¹ Le professionnel de la santé ne peut être tenu de fournir, directement ou indirectement, des soins incompatibles avec ses convictions éthiques ou religieuses.

² L'objecteur doit dans tous les cas donner au patient les informations nécessaires afin que ce dernier puisse obtenir, par d'autres professionnels de la santé, les soins qu'il n'est pas disposé à lui fournir.

³ En cas de danger grave et imminent pour la santé du patient, le professionnel de la santé doit prendre toutes les mesures nécessaires pour écarter le danger, même si elles sont contraires à ses convictions éthiques ou religieuses.

Art. 83 Collusion

Les ententes entre professionnels de la santé en vue d'obtenir un avantage financier sont interdites.

Art. 84 Compétences et responsabilité

¹ Le professionnel de la santé ne peut fournir que les soins pour lesquels il a la formation et l'expérience nécessaires.

² Il doit s'abstenir de tout acte superflu ou inapproprié, même sur requête du patient ou d'un autre professionnel de la santé.

³ Il ne peut déléguer des soins à un autre professionnel de la santé que si ce dernier possède la formation et les compétences pour fournir ces soins.

⁴ Lorsque les soins exigés par l'état de santé du patient excèdent ses compétences, le professionnel de la santé est tenu de s'adjoindre le concours d'un autre professionnel habilité à fournir ces soins ou d'adresser le patient à un professionnel compétent.

Art. 85⁽⁴⁾ Assurance responsabilité civile

¹ Les professionnels de la santé qui entendent exercer à titre indépendant ou dépendant sous leur propre responsabilité doivent être couverts par une assurance responsabilité civile professionnelle.

² L'assurance responsabilité civile professionnelle doit offrir une couverture adaptée à la nature et à l'étendue des risques liés aux activités développées.

Art. 86 Formation continue

¹ Tout professionnel de la santé doit suivre régulièrement une formation continue.

² Le Conseil d'Etat encourage les professionnels de la santé à compléter leur formation.

³ Le Conseil d'Etat règle les modalités de la formation continue en concertation avec les associations professionnelles concernées dans la mesure où celles-ci ne sont pas réglées par une disposition fédérale.

Art. 87 Secret professionnel – Principe

¹ Les professionnels de la santé et leurs auxiliaires sont tenus au secret professionnel.

² Le secret professionnel a pour but de protéger la sphère privée du patient. Il interdit aux personnes qui y sont astreintes de transmettre des informations dont elles ont eu connaissance dans l'exercice de leur profession. Il s'applique également entre professionnels de la santé.

³ Lorsque les intérêts du patient l'exigent, les professionnels de la santé peuvent toutefois, avec son consentement, se transmettre des informations le concernant.

Art. 88 Secret professionnel – Libération du secret

¹ Une personne tenue au secret professionnel peut en être déliée par le patient ou, s'il existe de justes motifs, par l'autorité supérieure de levée du secret professionnel.

² Sont réservées les dispositions légales concernant l'obligation de renseigner une autorité ou de témoigner en justice.

Art. 89 Publicité

Les professionnels de la santé inscrits dans les registres sont autorisés à faire paraître les annonces nécessaires à leur fonctionnement dans les limites définies, par voie réglementaire, par le Conseil d'Etat après consultation des associations professionnelles concernées.

Art. 90 Lieux de pratique – En général

¹ Un cabinet ne peut être exploité que sous la responsabilité et la surveillance d'un professionnel de la santé autorisé.

² Une personne ne peut pratiquer une profession de la santé que dans un cabinet, dans une institution de santé ou au chevet du patient, les cas d'urgence étant réservés.

Art. 91 Lieux de pratique – Cabinets de groupe

¹ Par cabinet de groupe, on entend le regroupement, dans des locaux communs, d'un ou de plusieurs professionnels de la santé, lesquels exercent chacun sous leur propre responsabilité. ⁽⁴⁾

² Tous les professionnels de la santé qui pratiquent dans un cabinet de groupe doivent être au bénéfice d'une autorisation de pratique.

Art. 92 Remplacement

¹ Une personne qui pratique sous sa propre responsabilité une profession de la santé peut se faire remplacer temporairement à son lieu de travail pour cause de formation, vacances, service militaire, congé de maternité ou pour raisons de santé. Elle en informe le département. Le remplaçant doit avoir l'autorisation de pratiquer la même profession. ⁽⁴⁾

² Lorsqu'un intérêt prépondérant de santé publique l'exige, le département peut exceptionnellement autoriser un remplacement par une personne autorisée à pratiquer une autre profession.

Art. 93 Service de garde

¹ Les professionnels de la santé assurent des services de garde de manière à garantir les besoins en soins de la population.

² Le Conseil d'Etat désigne les professions de la santé qui sont tenues d'assurer de tels services.

³ Au cas où les conditions de l'alinéa 1 ne sont pas respectées, il peut exiger des associations professionnelles concernées la mise en place d'un service de garde.

Art. 94 Situations exceptionnelles

Chaque professionnel de la santé peut être appelé à participer aux mesures cantonales d'intervention dans des situations exceptionnelles.

Art. 95 Assurance qualité

Le département encourage le développement de systèmes d'assurance qualité, en lien avec les associations professionnelles concernées.

Il peut leur déléguer la mise en œuvre et le contrôle de l'assurance qualité.

Art. 96 Ecoles et programmes de formation

¹ L'Etat peut exploiter ou subventionner des écoles dans le domaine de la santé, qui correspondent aux priorités fixées dans la planification sanitaire cantonale. De la même manière, il peut organiser ou subventionner des programmes de formation ou de

perfectionnement dans ce domaine.

² Le Conseil d'Etat veille à ce que le nombre de places de formation et de stage dans le domaine des professions de la santé corresponde aux besoins du canton définis dans la planification sanitaire cantonale.

³ Le Conseil d'Etat fixe les critères et les modalités de subventionnement de ces écoles et de ces programmes de formation et de perfectionnement.

Chapitre VII Pratiques complémentaires

Art. 97 Principes

¹ Le professionnel de la santé peut recourir à toute pratique complémentaire pouvant répondre aux besoins de ses patients dûment informés et pour laquelle il a la formation et l'expérience nécessaires, après inscription dans les registres du département.

² Une personne qui ne pratique pas une profession de la santé peut recourir à une pratique complémentaire uniquement :

- a) si elle est inscrite dans les registres du département;
- b) si cette pratique ne présente pas de danger pour la santé du patient ou de la population et si elle n'interfère pas avec un traitement institué par un professionnel de la santé;
- c) s'il n'y a pas risque de confusion avec des soins qui relèvent spécifiquement d'une profession soumise à la présente loi;
- d) si le patient y consent après avoir été dûment informé qu'il s'agit d'une pratique complémentaire, ainsi que de ses risques et de ses bienfaits et de la possibilité de s'adresser à un professionnel de la santé.

Art. 98 Inscription dans les registres

¹ Le Conseil d'Etat définit les informations et les documents qui doivent être fournis en vue de l'inscription.

² L'inscription a pour but le recensement des pratiques complémentaires. Elle ne vaut ni comme autorisation ni comme reconnaissance de compétences.

³ Les personnes inscrites dans les registres sont tenues d'informer le département de tout fait pouvant entraîner une modification de leur inscription.

⁴ Les registres sont publics.

Art. 99 Devoirs

¹ Une personne qui ne pratique pas une profession de la santé et qui recourt à une pratique complémentaire doit s'abstenir de tout acte superflu ou inapproprié, même sur requête du patient ou d'un professionnel de la santé. En cas de doute sur l'état de santé du patient, elle a en outre l'obligation de l'en informer et de l'inciter à consulter un professionnel de la santé.

² Les personnes exerçant des pratiques complémentaires n'ont pas le droit :

- a) de traiter des personnes atteintes de maladies transmissibles au sens de la législation fédérale;
- b) d'inciter un patient à interrompre le traitement institué par un professionnel de la santé au sens de la présente loi;
- c) de procéder à des actes réservés aux professionnels de la santé ou d'opérer des prélèvements sur le corps humain;
- d) de proposer à la vente, d'administrer ou de remettre des produits thérapeutiques, ou de prescrire ceux dont la vente est soumise à ordonnance médicale;
- e) d'utiliser des appareils de radiologie, le droit fédéral sur les dispositifs médicaux étant réservé;
- f) de se prévaloir de formations sanctionnées par la législation fédérale ou cantonale, si elles ne sont pas titulaires des titres requis.

³ Les personnes exerçant une pratique complémentaire et inscrites dans les registres sont autorisées à faire paraître les annonces nécessaires à leur fonctionnement, dans les limites définies par voie réglementaire par le Conseil d'Etat.

⁴ Les dispositions concernant les droits des patients et les obligations des professionnels de la santé sont applicables par analogie.

⁵ Le Conseil d'Etat peut en outre soumettre à conditions ou interdire des pratiques complémentaires lorsqu'un intérêt prépondérant de santé publique l'exige. Le département peut procéder aux contrôles nécessaires afin de s'assurer du respect des exigences de la présente loi.

Chapitre VIII Institutions de santé

Art. 100 Définition et champ d'application

¹ Par institution de santé, on entend tout établissement, organisation, institut ou service qui a, parmi ses missions, celle de fournir des soins.

² En fonction de leur mission, les catégories d'institutions de santé sont les suivantes :

- a) les établissements médicaux privés et publics;
- b) les établissements médico-sociaux;
- c) les organisations d'aide et de soins à domicile;
- d) les laboratoires d'analyses ou de recherches médicales;
- e) les services d'ambulance;
- f) les institutions de lutte contre les dépendances;
- g) les institutions de promotion de la santé et de prévention;
- h) les autres institutions spécialisées;
- i) les pharmacies publiques;
- j) les drogueries;
- k) les commerces d'opticien.

³ Les cabinets individuels ou de groupe ne sont pas soumis au présent chapitre.

Art. 101 Autorisation d'exploitation

¹ Afin de protéger la santé des patients et de la population et de garantir des soins appropriés de qualité, la création, l'extension, la transformation et l'exploitation de toute institution de santé sont soumises à autorisation.

² L'autorisation d'exploitation est délivrée par le département lorsque l'institution, compte tenu de sa mission :

- a) est dirigée par une ou des personnes responsables qui possèdent la formation ou les titres nécessaires;
- b) est dotée d'une organisation adéquate;
- c) dispose du personnel qualifié nécessaire ayant reçu une formation professionnelle adéquate;
- d) dispose des locaux et de l'équipement nécessaires répondant aux exigences d'hygiène et de sécurité des patients;
- e) participe à l'établissement des statistiques et des autres moyens de mesures nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale;
- f) garantit, s'il y a lieu, la fourniture adéquate en médicaments.

³ L'autorisation d'exploitation indique la mission de l'institution de santé. Elle peut fixer un nombre maximal de personnes que l'institution peut prendre en charge.

⁴ Le Conseil d'Etat définit, selon la nature des prestations offertes, pour chaque catégorie d'institution, les conditions spécifiques d'octroi de l'autorisation d'exploitation qui visent notamment l'aménagement des locaux, l'effectif et la qualification du personnel, ainsi que les exigences à l'égard du ou des répondants. Il peut charger le département de régler le détail de cette matière.

Art. 102 Autorisation d'assistance pharmaceutique

¹ Les institutions de santé visées à l'article 100, alinéa 2, lettre a, doivent disposer des services d'un pharmacien responsable et d'un local, notamment pour le stockage des médicaments, adapté à ses besoins. Une autorisation particulière d'assistance pharmaceutique lui est alors délivrée par le département.

² Les médicaments que le pharmacien responsable commande sont destinés exclusivement aux patients hospitalisés.

³ L'institution peut demander à être exemptée de cette obligation si elle ne traite qu'un volume restreint de médicaments.

Art. 103 Durée

¹ L'autorisation d'exploiter une institution de santé est accordée en principe pour une durée indéterminée.

² Pour de justes motifs, l'autorisation d'exploiter une institution de santé est accordée pour une durée déterminée. Son renouvellement fait alors l'objet d'une procédure simplifiée.

Art. 104 Devoir d'information

¹ Toute modification des conditions d'octroi de l'autorisation d'exploitation doit être communiquée sans tarder au département.

² Une institution de santé doit informer le département avant de procéder à une extension ou une transformation.

Art. 105 Surveillance

Le département s'assure que les conditions d'octroi de l'autorisation d'exploitation d'une institution de santé sont respectées, en effectuant ou en faisant effectuer les contrôles nécessaires.

Art. 106 Contrôle de qualité

¹ Les institutions de santé prennent les mesures nécessaires pour répertorier les incidents survenus dans le cadre de leur mission de soins.

² Le département peut procéder ou faire procéder à des contrôles de qualité des institutions de santé.

³ Il entend préalablement les associations professionnelles concernées.

Art. 107 Obligations

¹ Les institutions de santé doivent fournir, de manière continue et personnalisée, les soins qui entrent dans leur mission à toute personne qu'elles prennent en charge. Elles ne peuvent, de leur propre initiative, arrêter la prise en charge d'une personne que si la continuité de celle-ci est garantie.

² Elles examinent s'il y a lieu ou non d'aviser les proches de la prise en charge.

³ Si nécessaire, elles doivent veiller, notamment par leur service social, à prendre toutes les dispositions utiles pour sauvegarder les intérêts des patients.

⁴ Elles doivent, dans l'intérêt des patients et de la santé de la population, collaborer avec les autres institutions de santé et les professionnels de la santé et fonctionner de manière coordonnée.

⁵ Elles doivent, compte tenu de leur mission et de leurs dimensions, participer à la formation et au perfectionnement des professionnels de la santé.

⁶ Elles peuvent être appelées, compte tenu de leur mission et de leurs dimensions, à participer aux mesures cantonales d'intervention dans des situations exceptionnelles.

Art. 108 Publicité

Les dispositions de l'article 89 concernant la publicité s'appliquent par analogie aux institutions de santé.

Art. 109 Etablissements publics

Le statut juridique, l'organisation et la gestion des établissements médicaux publics sont régis par la législation spéciale.

Chapitre IX Produits thérapeutiques

Art. 110 Autorisation de fabrication

¹ Sous réserve des dérogations prévues par le droit fédéral, celui qui entend fabriquer des médicaments doit être au bénéfice d'une autorisation délivrée par l'Institut suisse des produits thérapeutiques ou, dans le cadre des attributions cantonales, par le département.

² Les conditions d'octroi de l'autorisation cantonale sont définies par le Conseil d'Etat.

Art. 111 Autorisation de mise sur le marché

¹ La mise sur le marché des médicaments est soumise à l'autorisation de l'Institut suisse

des produits thérapeutiques, sous réserve des exceptions prévues par le droit fédéral.

² Est soumise à l'autorisation du département la mise sur le marché des médicaments préparés d'après une formule propre à l'établissement titulaire d'une autorisation de fabrication (spécialités de comptoir).

Art. 112 Interdiction

Le département peut interdire la fabrication et/ou la mise sur le marché de médicaments préparés d'après une formule magistrale, officinale ou d'après une formule propre à l'établissement titulaire d'une autorisation de fabrication s'ils sont inadaptés ou s'ils présentent un danger pour la santé.

Art. 113 Prescription de médicaments

¹ Seuls les médecins, les dentistes, les chiropraticiens et les vétérinaires autorisés à pratiquer peuvent prescrire des médicaments, dans les limites de leurs compétences et compte tenu de la législation fédérale en la matière. Le département peut également établir une liste de médicaments pouvant être prescrits par les personnes exerçant la profession de sage-femme et à quelles conditions. ⁽⁴⁾

² Les ordonnances médicales sont exécutées sous la responsabilité d'un pharmacien dans une officine.

³ Les professionnels de la santé sont tenus de contribuer à la lutte contre l'usage inadéquat et dangereux des produits thérapeutiques.

Art. 114 Professionnels de la santé autorisés à remettre des médicaments

¹ Les professionnels de la santé habilités à remettre des médicaments, dans la mesure fixée par le droit fédéral, doivent posséder une autorisation délivrée par le département.

² Cette autorisation n'est accordée qu'aux personnes qui possèdent les titres, les qualifications et les connaissances nécessaires tels que fixés par le Conseil d'Etat, les compétences de l'autorité fédérale compétente étant réservées.

³ La vente directe de médicaments par le médecin traitant (propharmacie) est interdite. Les médecins et les dentistes peuvent cependant administrer directement de manière non renouvelable des médicaments à leurs patients dans les cas d'urgence. ⁽⁴⁾

⁴ Toute autre forme de remise des médicaments est interdite, dans les limites du droit fédéral.

Art. 115 Vente par correspondance

Le département est compétent pour délivrer les autorisations de vente par correspondance conformément à la législation fédérale en la matière.

Art. 116 Autorisation du commerce de détail

¹ La remise des médicaments doit se faire en pharmacie ou dans les lieux ou par les autres personnes désignées par ordonnance du Conseil fédéral.

² Les institutions de santé remettant des médicaments doivent posséder une autorisation délivrée par le département.

³ Cette autorisation n'est accordée qu'aux institutions disposant du personnel, des locaux et des équipements tels que fixés par le Conseil d'Etat, les compétences de l'autorité fédérale compétente étant réservées.

⁴ La remise des médicaments rangés par l'Institut suisse des produits thérapeutiques dans la catégorie des médicaments en vente libre n'est pas soumise à autorisation.

Art. 117 Publicité

Les dispositions de l'article 89 concernant la publicité s'appliquent par analogie au titulaire d'une autorisation de commerce de détail.

Art. 118 Stockage du sang et des produits sanguins

¹ Les institutions qui entendent stocker du sang et des produits sanguins doivent être au bénéfice d'une autorisation délivrée par le département.

² Le Conseil d'Etat fixe les conditions d'octroi et la procédure d'autorisation.

Art. 119 Surveillance et inspection

Le département s'assure que les conditions d'octroi des autorisations délivrées dans le cadre des attributions cantonales sont respectées, en effectuant ou en faisant effectuer des contrôles périodiques.

Art. 120 Séquestre, destruction et autres mesures administratives

¹ Dans les limites des attributions cantonales, le département peut prendre toutes les mesures administratives nécessaires à l'exécution de la législation fédérale en la matière.

² Le département peut notamment ordonner le séquestre et la destruction de tout produit thérapeutique.

Chapitre X Police sanitaire

Art. 121⁽⁴⁾ Lutte contre les maladies transmissibles – Principes

¹ La direction générale de la santé exécute les tâches de lutte contre les maladies transmissibles et les zoonoses, prévues par la législation fédérale.

² Elle a notamment les attributions suivantes :

a) assurer la coordination entre la Confédération, les cantons et les organes concernés aux niveaux cantonal et communal;

b) ordonner en particulier :

1° les enquêtes épidémiologiques et la surveillance médicale,

2° le traitement, l'isolement ou le transfert des malades dans une institution de santé,

3° la mise en quarantaine des personnes concernées,

4° la désinfection des locaux publics ou privés,

5° toutes les autres mesures justifiées par les circonstances;

c) veiller à l'application des dispositions sur la déclaration des maladies transmissibles et des zoonoses.

³ Le Conseil d'Etat fixe les modalités d'application de la législation fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles et les zoonoses, notamment les compétences de la direction générale de la santé, du département, des professionnels et des institutions de santé.

Art. 122 Lutte contre les maladies transmissibles – Déclaration obligatoire

Les professionnels de la santé soumis par le droit fédéral à l'obligation de déclarer les maladies transmissibles et les zoonoses doivent, dans les délais, faire les déclarations prévues au médecin cantonal ou au vétérinaire cantonal.

Art. 123 Contrôle des stupéfiants et lutte contre leur abus

¹ L'Etat adopte les mesures nécessaires afin de contrôler les stupéfiants et de lutter contre leur abus.

² Le Conseil d'Etat fixe les modalités d'application de la législation fédérale sur le contrôle des stupéfiants et la lutte contre leur abus, notamment les compétences du pharmacien cantonal, du médecin cantonal, du département, des professionnels et des institutions de la santé.

³ Les mesures et sanctions administratives prévues aux articles 126 et suivants s'appliquent aux professionnels de la santé enfreignant la législation fédérale sur les stupéfiants. ⁽⁴⁾

Art. 124 Activités pouvant mettre en danger la santé

¹ Le Conseil d'Etat peut soumettre à conditions et contrôler d'autres activités ne relevant pas de l'exercice des professions de la santé mais qui peuvent mettre en danger la santé humaine, comme les soins corporels ou esthétiques, voire les interdire lorsqu'un intérêt prépondérant de santé publique l'exige.

² Dans ce cas, il fixe des prescriptions en matière d'hygiène, de moyens utilisés et de protection des mineurs.

³ Il peut charger le département de régler le détail de cette matière.

⁴ Les mesures et sanctions administratives visées aux articles 126 et 127, alinéa 1, lettre c, sont applicables. ⁽⁴⁾

Art. 125 Hygiène générale

¹ L'Etat et les communes veillent, dans les limites de leurs compétences, au maintien de l'hygiène sur les places, dans les rues, les écoles, les plages, les établissements et emplacements de bains publics, ainsi que les cimetières sis sur leur territoire.

² L'Etat effectue des contrôles réguliers et prend au besoin, aux frais des propriétaires, les mesures nécessaires à la protection de la santé publique.

³ Les dispositions concernant la salubrité des constructions demeurent réservées.

⁴ Le Conseil d'Etat fixe les prescriptions nécessaires pour assurer l'hygiène des plages et des établissements et emplacements de bains publics.

Chapitre XI Mesures administratives, sanctions et voies de droit

Art. 126 Mesures administratives

¹ Le département peut prendre toute mesure utile afin de faire cesser un état de fait contraire au droit. Il peut en particulier :

- a) soumettre à conditions, suspendre ou interdire des activités nocives à la santé;
- b) limiter ou interdire la circulation des personnes, des animaux ou des biens;
- c) ordonner la fermeture de locaux;
- d) ordonner le séquestre, la confiscation ou la destruction de biens ayant servi ou pouvant servir à des activités contraires au droit ou de biens résultant de telles activités.

² Il prend en outre toutes les mesures prévues par la présente loi qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

³ Les coûts de ces mesures sont à la charge des personnes responsables.

Art. 127⁽⁴⁾ Sanctions administratives – Dispositions générales *Professionnels de la santé*

¹ En cas de violation des dispositions de la présente loi, les autorités compétentes pour prononcer des sanctions administratives à l'encontre des professionnels de la santé sont les suivantes :

- a) la commission de surveillance, s'agissant des avertissements, des blâmes et des amendes jusqu'à 20 000 F;
- b) le département, s'agissant de l'interdiction de pratiquer une profession de la santé, à titre temporaire, pour 6 ans au plus;
- c) le département, s'agissant de l'interdiction de pratiquer une profession de la santé, à titre définitif, pour tout ou partie du champ d'activité;
- d) le médecin cantonal et le pharmacien cantonal, s'agissant d'amendes n'excédant pas 5 000 F.

² En cas de violation de l'obligation de suivre une formation continue telle que prévue à l'article 86, seules peuvent être prononcées les sanctions visées à l'alinéa 1, lettre a ou d.

Institutions de santé

³ En cas de violation des dispositions de la présente loi, les autorités compétentes pour prononcer des sanctions administratives à l'encontre des exploitants et des responsables des institutions de santé sont les suivantes :

- a) la commission de surveillance, s'agissant des avertissements, des blâmes et des amendes jusqu'à 50 000 F;
- b) le département, s'agissant de la limitation ou du retrait de l'autorisation d'exploitation, de la limitation ou du retrait des autorisations en matière de produits thérapeutiques;
- c) le médecin cantonal et le pharmacien cantonal, s'agissant d'amendes n'excédant pas 10 000 F.

Pratiques complémentaires

⁴ En cas de violation des dispositions de la présente loi, les autorités compétentes pour

prononcer des sanctions administratives à l'encontre des personnes exerçant des pratiques complémentaires sont les suivantes :

- a) le département, s'agissant des avertissements, des blâmes, des amendes jusqu'à 20 000 F et de la limitation ou de l'interdiction de recourir à une pratique complémentaire;
- b) le médecin cantonal et le pharmacien cantonal, s'agissant des amendes n'excédant pas 5 000 F.

Dispositions particulières

⁵ L'amende peut être prononcée en plus de l'interdiction de pratiquer.

⁶ Les sanctions administratives peuvent être accompagnées de l'injonction de suivre une formation complémentaire ou de procéder aux aménagements nécessaires pour se mettre en conformité avec les conditions de pratique ou d'exploitation.

⁷ A titre de mesure provisionnelle, pendant toute procédure disciplinaire, le département ou, sur délégation, le médecin cantonal ou le pharmacien cantonal peuvent limiter l'autorisation de pratiquer ou d'exploiter, l'assortir de charges ou la retirer.

Art. 128 Sanctions administratives – Limitation, retrait ou révocation du droit de pratique

¹ Le droit de pratiquer d'un professionnel de la santé peut être limité ou retiré :

- a) si une condition de son octroi n'est plus remplie;
- b) en cas de violation grave des devoirs professionnels ou malgré des avertissements répétés. ⁽⁴⁾

² Le retrait peut porter sur tout ou partie du droit de pratique et être d'une durée déterminée ou indéterminée.

³ Le département peut révoquer le droit de pratique lorsqu'il a connaissance après coup de faits qui auraient justifié un refus de son octroi.

⁴ Le retrait et la révocation de l'autorisation font l'objet d'une publication dans la Feuille d'avis officielle.

Art. 129 Sanctions administratives – Limitation ou interdiction de recourir à une pratique complémentaire

¹ Le département peut limiter le droit de recourir à des pratiques complémentaires ou interdire la poursuite de cette activité :

- a) si les soins fournis présentent un danger pour la santé;
- b) en cas d'abus financier grave au détriment des patients ou de leurs répondants ou malgré des avertissements répétés;
- c) en cas d'infraction grave à la législation sur la santé ou malgré des avertissements répétés;
- d) si la personne se livre, sous couvert de l'exercice d'une pratique complémentaire, à un endoctrinement des patients.

² La limitation du recours à des pratiques complémentaires ou l'interdiction de poursuivre cette activité est rendue publique, les sanctions pénales étant réservées.

Art. 130 Sanctions administratives – Limitation ou retrait de l'autorisation d'exploitation

¹ L'autorisation d'exploiter une institution de santé peut être limitée ou retirée :

- a) si l'une des conditions d'octroi n'est plus remplie;
- b) si la ou les personnes responsables ne s'acquittent pas, de manière grave ou répétée, de leurs devoirs découlant de la présente loi;
- c) en cas de manquements graves ou répétés dans l'organisation de l'institution, qui compromettent la mission;
- d) en cas de manquements graves ou répétés dans la qualité des soins.

² Si l'institution ne remédie pas à la situation aux conditions et dans les délais fixés par le département, l'autorisation est retirée.

³ Lorsque le retrait de l'autorisation entraîne le transfert de patients dans d'autres institutions, le département peut en assurer l'organisation, les frais étant en principe à la charge de l'institution responsable.

⁴ Le retrait de l'autorisation fait l'objet d'une publication dans la Feuille d'avis officielle.

Art. 131 Sanctions administratives – Limitation ou retrait des autorisations en matière de produits thérapeutiques

¹ Les autorisations délivrées par le département pour la fabrication, la mise sur le marché, la vente par correspondance et le stockage des produits thérapeutiques peuvent être limitées ou retirées :

- a) si l'une des conditions d'octroi n'est plus remplie;
- b) si la ou les personnes responsables ne s'acquittent pas, de manière grave ou répétée, de leurs devoirs découlant de la présente loi;
- c) en cas de manquements graves ou répétés dans l'organisation de l'institution, qui en compromettent la mission.

² Si l'ayant droit ne remédie pas à la situation aux conditions et dans les délais fixés par le département, l'autorisation est retirée.

³ Le retrait de l'autorisation fait l'objet d'une publication dans la Feuille d'avis officielle.

Art. 132 Sanctions administratives – Notification de la décision du département

¹ Les parties, telles que définies dans la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, du 7 avril 2006, et, le cas échéant, la personne exerçant des pratiques complémentaires mise en cause, reçoivent notification de la décision du département.

² La décision est communiquée au médecin cantonal ou au pharmacien cantonal.

³ Le dénonciateur est informé de manière appropriée du traitement de sa dénonciation. Il est tenu compte à cet égard de tous les intérêts publics et privés en présence, notamment, s'il y a lieu, du secret médical protégeant des tiers.

⁴ Si un intérêt public le justifie, la direction de l'institution de santé concernée doit être informée de manière appropriée de l'issue de la procédure concernant l'un de ses employés.

Art. 133⁽⁴⁾ Sanctions administratives – Exécution

Les décisions définitives infligeant une amende administrative en application de la présente loi sont assimilées à des jugements exécutoires au sens de l'article 80 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, du 11 avril 1889.

Art. 133A⁽⁴⁾ Prescription

Les dispositions prévues à l'article 46 de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires, du 23 juin 2006, en matière de prescription sont applicables aux procédures disciplinaires visées par la présente loi.

Art. 134 Sanctions pénales

¹ Est passible de l'amende jusqu'à 20 000 F la personne qui : ⁽⁴⁾

- a) n'aura pas transmis des informations utiles aux autorités en violation des dispositions de la présente loi;
- b) aura imposé des mesures de contrainte à un patient en violation grave des exigences de l'article 50;
- c) aura induit en erreur des tiers de bonne foi sur sa formation, ses compétences et sur ses activités dans le domaine des soins;
- d) aura, sans droit, prodigué des soins qui relèvent d'une profession soumise à la loi au sens de l'article 71, alinéa 2;
- e) aura, sans droit, pratiqué une profession de la santé;
- f) aura contrevenu aux dispositions relatives à la publicité prévues aux articles 27, alinéa 2, 89, 99, alinéa 3, 108 et 117;
- g) aura, sans droit, modifié ou détruit tout ou partie d'un dossier de patient dans le but d'empêcher ce dernier de faire valoir ses droits;
- h) sans droit, n'aura pas respecté le secret professionnel au sens de la présente loi;
- i) aura, sans droit, exploité une institution de santé;
- j) n'aura pas fourni des soins à un patient en violation grave des exigences de l'article 81, alinéa 1, et 107, alinéa 1;
- k) aura contrevenu aux interdictions de fabrication et de mise sur le marché de

produits thérapeutiques formulées à l'article 112;

l) aura, sans droit, proposé à la vente, administré ou remis des produits thérapeutiques, ou prescrit ceux dont la vente est soumise à ordonnance médicale;

m) aura contrevenu aux injonctions et interdictions fixées par le Conseil d'Etat en application de l'article 124.

² La tentative et la complicité sont punissables. ⁽⁴⁾

³ Les dispositions pénales de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires, du 23 juin 2006, sont réservées. ⁽⁴⁾

⁴ La poursuite et le jugement des infractions ont lieu conformément au code de procédure pénale.

Art. 135 Voies de droit

¹ Les sanctions administratives prononcées en vertu de la présente loi peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal administratif conformément aux articles 56A et suivants de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941, et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985.

² Sont réservées les décisions prises par le médecin cantonal et le pharmacien cantonal, en vertu de l'article 127, alinéa 1, lettre c, de la présente loi, qui peuvent faire l'objet d'un recours préalable dans les 10 jours auprès de la commission de surveillance. ⁽²⁾

³ Le plaignant, au sens de l'article 8, alinéa 1, de la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, du 7 avril 2006, ne peut pas recourir contre les sanctions administratives prononcées par le département ou le médecin cantonal et le pharmacien cantonal.

Chapitre XII Dispositions finales et transitoires

Art. 136 Clause abrogatoire

Sont abrogées :

a) la loi instituant un plan directeur des prestations sanitaires, du 30 mars 1995;

b) la loi concernant la constatation des décès et les interventions sur les cadavres humains, du 16 septembre 1988;

c) la loi sur les prélèvements et les transplantations d'organes et de tissus, du 28 mars 1996; ^(a)

d) la loi concernant les rapports entre membres des professions de la santé et patients, du 6 décembre 1987;

e) la loi sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises du domaine médical, du 11 mai 2001.

Art. 137 Entrée en vigueur

Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 138 Dispositions transitoires

¹ Les institutions de santé ainsi que les personnes souhaitant exercer une profession de la santé ou une pratique complémentaire sont assujetties aux dispositions relatives à celles-ci dès l'entrée en vigueur de la présente loi.

² Les autorisations délivrées avant l'entrée en vigueur de la présente loi sur la base de l'ancien droit restent valables à l'exception des autorisations délivrées aux permanences et aux médecins-assistants qui y exercent, lesquels disposent d'un délai de 5 ans pour s'adapter aux nouvelles exigences et conditions légales. Dans l'intervalle, les médecins-assistants continuent à travailler sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin inscrit au registre de sa profession.

Loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (LComPS)

K 3 03

Tableau historique

du 7 avril 2006

(Entrée en vigueur : 1^{er} septembre 2006)

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève décrète ce qui suit :

Titre I Dispositions générales

Art. 1 But

¹ Il est institué une commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (ci-après : la commission de surveillance).

² Cette commission est chargée de veiller :

- a) au respect des prescriptions légales régissant les professions de la santé et les institutions de santé visées par la loi sur la santé, du 7 avril 2006;
- b) au respect du droit des patients. ⁽⁶⁾

Art. 2 Rattachement

¹ La commission de surveillance est rattachée administrativement au département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé ⁽⁸⁾ (ci-après : département).

² Elle exerce en toute indépendance les compétences consultatives et décisionnaires que la présente loi lui confère.

Titre II Organisation et compétences

Art. 3 ⁽⁶⁾ Composition

¹ La commission de surveillance est constituée d'un président ayant une formation juridique adéquate et de 19 membres titulaires. Elle élit en son sein un vice-président.

² Le président peut déléguer les tâches que l'article 15 du règlement sur les commissions officielles, du 10 mars 2010, lui confie.

³ Les membres titulaires de la commission de surveillance ayant le droit de vote sont :

- a) 2 médecins spécialistes en médecine générale ou interne;
- b) 1 médecin pratiquant des interventions de type chirurgical ou diagnostique;
- c) 1 médecin spécialiste en psychiatrie;
- d) 2 infirmiers;
- e) 1 médecin-dentiste;
- f) 1 médecin spécialiste en pharmaco-toxicologie;
- g) 1 membre d'une organisation se vouant statutairement à la défense des droits des patients;
- h) 1 avocat;
- i) 2 représentants de partis politiques n'appartenant pas à l'une des professions de la santé visées par la loi sur la santé, du 7 avril 2006;
- j) 1 pharmacien;
- k) 1 travailleur social;
- l) 1 ophtalmologue;
- m) 1 gynécologue.

⁴ Les membres titulaires sans droit de vote sont :

- a) le directeur de la direction générale de la santé;
- b) le médecin cantonal;
- c) le pharmacien cantonal.

⁵ Lorsque la nature de l'affaire le justifie, la commission de surveillance peut, de cas en cas, associer à ses travaux, avec droit de vote, tout autre praticien ou spécialiste de la branche concernée par l'affaire en cause.

⁶ Pour les affaires vétérinaires, le vétérinaire cantonal assiste aux séances, sans droit de vote.

Art. 4 Nomination

¹ Les membres de la commission de surveillance sont nommés pour une période de 4 ans. ⁽⁶⁾

² Le président et les membres visés par l'article 3, alinéas 3 et 4, de la présente loi sont nommés par le Conseil d'Etat, à l'exception des membres visés à l'article 3, alinéa 3, lettre i, qui sont nommés par le Grand Conseil. ⁽⁶⁾

³ Deux des membres visés à l'article 3, alinéa 3, lettres a à c, doivent être choisis hors des établissements publics médicaux. ⁽⁶⁾

⁴ Simultanément à la nomination des membres, il est procédé à la désignation d'un nombre égal de suppléants, choisis selon les mêmes règles.

Art. 5 Suppléance

En cas d'empêchement durable ou de récusation, les membres titulaires de la commission de surveillance sont remplacés par un suppléant.

Art. 6 Greffe

¹ Le greffe de la commission de surveillance est composé de greffiers-juristes rattachés au département.

² La commission de surveillance siège avec le concours d'un greffier-juriste qui assiste au moins aux séances des sous-commissions et des commissions plénières.

Art. 7 Compétences

¹ Dans le cadre de son mandat, la commission de surveillance exerce d'office ou sur requête les attributions suivantes :

a) elle instruit en vue d'un préavis ou d'une décision les cas de violation des dispositions de la loi sur la santé, du 7 avril 2006, concernant les professionnels de la santé et les institutions de santé, ainsi que les cas de violation des droits des patients; ⁽⁶⁾

b) elle fonctionne comme organe de recours contre les amendes infligées par le médecin cantonal et le pharmacien cantonal concernant les professionnels de la santé et les institutions de santé; ⁽¹⁾

c) elle peut émettre les directives et les instructions nécessaires au respect des dispositions de la loi sur la santé, du 7 avril 2006. ⁽⁶⁾

² En cas de concours d'application entre les prescriptions légales régissant les professions de la santé et les institutions de la santé et la loi sur l'information du public, l'accès aux documents et la protection des données personnelles, du 5 octobre 2001, le président de la commission de surveillance statue sur l'ensemble des griefs et prétentions fondés sur l'une ou l'autre de ces lois selon les dispositions de procédure de la présente loi. Les compétences de la commission chargée de statuer sur les demandes de levée du secret professionnel, instituée par la loi sur la santé, du 7 avril 2006, sont réservées. La chambre administrative de la Cour de justice doit cependant inviter le préposé cantonal à la protection des données et à la transparence à participer à la procédure de recours. ⁽⁶⁾

³ La commission de surveillance n'a pas compétence pour modifier ou annuler les notes d'honoraires ou factures des praticiens et des institutions de santé. Elle n'est pas compétente pour statuer sur les actions en responsabilité civile ni pour allouer des dommages-intérêts. ⁽²⁾

⁴ La commission de surveillance adresse chaque année un rapport d'activité au Conseil d'Etat qui le rend public. ⁽⁶⁾

Titre III Procédure

Chapitre 1 Règles générales

Art. 8 Saisine de la commission de surveillance

¹ La commission de surveillance peut se saisir d'office ou être saisie par le dépôt d'une plainte émanant du patient concerné. Cette plainte peut également émaner de son représentant thérapeutique au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006, ou de son représentant légal (ci-après : personne habilitée à décider des soins en son nom).

² La commission de surveillance peut également être saisie par une dénonciation du département, des professionnels de la santé, des institutions de la santé, d'autres autorités ou de particuliers.

Art. 9 Qualité de partie

Le patient qui saisit la commission de surveillance, la personne habilitée à décider des soins en son nom, le professionnel de la santé ou l'institution de santé mis en cause ont la qualité de partie.

Art. 10 Bureau

¹ La commission de surveillance constitue en son sein un bureau de 5 membres, dont le médecin cantonal et le pharmacien cantonal, chargé de l'examen préalable des plaintes, dénonciations et dossiers dont elle s'est saisie d'office. ⁽²⁾

² Le bureau peut décider :

a) d'un classement immédiat;

b) de l'envoi du dossier en médiation;

c) de l'envoi du dossier pour instruction à une sous-commission conformément au chapitre IV du titre III de la présente loi.

³ La commission de surveillance confirme l'ouverture d'une procédure au médecin cantonal ou au pharmacien cantonal ou en informe le vétérinaire cantonal en lui transmettant copie de la plainte ou de la dénonciation, eu égard à leurs compétences respectives. ⁽²⁾

⁴ Si un intérêt public le justifie, il peut également informer la direction d'une institution de santé de l'ouverture d'une procédure concernant l'un de ses employés et lui transmettre copie de la plainte ou de la dénonciation.

Art. 11 Procédure abusive

¹ La procédure devant la commission de surveillance ainsi que la médiation sont gratuites.

² La commission de surveillance peut toutefois mettre un émoulement à charge de la partie qui agit de manière téméraire ou de celui ou celle qui fait un emploi abusif des procédures.

Art. 12⁽⁶⁾ Huis clos

La commission de surveillance, son bureau, ses sous-commissions et l'instance de médiation siègent à huis clos.

Art. 13 Autres règles de procédure

¹ Un règlement particulier détermine le fonctionnement de la commission de surveillance et de son instance de médiation.

² La commission de surveillance peut édicter un règlement de fonctionnement interne.⁽⁶⁾

³ L'assistance juridique gratuite est accordée au demandeur conformément à l'article 10 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985.⁽⁶⁾

⁴ Pour le surplus, la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985, est applicable.⁽⁶⁾

Chapitre II Classement

Art. 14 Plaintes

Le bureau peut classer, sans instruction préalable et par une décision sommairement motivée, les plaintes qui sont manifestement irrecevables ou mal fondées.

Art. 15 Dénonciations

Le bureau peut également classer les dénonciations manifestement mal fondées, ainsi que celles dont l'objet ne peut être déterminé ou se situe hors du champ de compétences de la commission de surveillance. Il en informe le dénonciateur par simple avis. Il détermine s'il y a lieu d'informer les personnes mises en cause de la dénonciation et de son classement.

Chapitre III Médiation

Art. 16 Instance de médiation

¹ A moins qu'un intérêt public prépondérant ne justifie l'instruction de l'affaire par la commission de surveillance, le bureau peut proposer aux parties de résoudre à l'amiable leur litige grâce au concours d'un médiateur figurant sur la liste des médiateurs agréés par le Conseil d'Etat.

² Le médiateur communique au mis en cause copie de la plainte et convoque les parties qui sont tenues de comparaître personnellement. Il les informe qu'elles ont un délai de 3 mois pour négocier un protocole d'accord.

³ En cas d'accord, les parties signent un protocole qui en atteste, lequel est communiqué pour information au bureau. Dans le cas contraire, le médiateur informe le bureau de l'échec de la médiation.

⁴ Le médiateur est tenu de garder le secret sur les faits dont il a acquis la connaissance dans l'exercice de la médiation. Quelle que soit l'issue de celle-ci, aucune des parties ne peut se prévaloir de ce qui a été déclaré devant le médiateur. Les autorités judiciaires et administratives ne sont pas autorisées à ordonner l'apport de son dossier.

⁵ Si l'intérêt public l'exige, le bureau peut mettre un terme à la médiation et instruire le dossier conformément au chapitre IV du titre III de la présente loi.⁽⁶⁾

Chapitre IV Sous-commissions et commission plénière

Art. 17 Instruction

¹ Dans les cas visés à l'article 7, alinéa 1, lettres a et b, de la présente loi, en l'absence de médiation ou en cas d'échec de celle-ci, l'instruction du dossier est confiée à une sous-commission formée de deux membres au moins, soit un médecin et un membre n'appartenant pas aux professions de la santé.

² La sous-commission réunit les renseignements et procède aux enquêtes nécessaires. Elle peut procéder, sans préavis, à l'inspection de cabinets de professionnels de la santé et d'institutions de santé. Ces mesures peuvent être exécutées à sa demande par le médecin cantonal ou le pharmacien cantonal.

³ La sous-commission a le droit d'accéder au dossier médical du plaignant. Lorsqu'elle instruit d'office ou sur dénonciation, elle peut saisir un dossier médical si des faits graves sont allégués et qu'un intérêt public prépondérant le justifie.

⁴ Lorsque ses travaux sont terminés, elle remet ses conclusions à la commission plénière.

Art. 18 Commission plénière

¹ La commission de surveillance ne peut délibérer valablement en séance plénière qu'en présence de 5 de ses membres ayant le droit de vote, comprenant au moins un homme et une femme.⁽⁶⁾

² Parmi ces membres doivent figurer nécessairement :

- a) le président ou le vice-président;
- b) un membre non professionnel de la santé;
- c) deux médecins dont l'un choisi hors des établissements publics médicaux.

³ Pour les cas où l'affaire concerne une profession non représentée dans les membres visés à l'alinéa 2, il doit également être fait appel à son représentant.

⁴ Lorsque la commission de surveillance se prononce sur une question de principe ou change de jurisprudence, sa

décision doit être entérinée par 7 de ses membres au moins.⁽⁶⁾

Art. 19⁽¹⁾ Préavis

La commission de surveillance émet un préavis à l'intention du département lorsqu'elle constate, au terme de l'instruction, qu'un professionnel de la santé ou qu'une institution de santé a commis une violation de ses obligations susceptible de justifier une interdiction temporaire ou définitive de pratique, pour tout ou partie du champ d'activité, ou une limitation ou un retrait de l'autorisation d'exploitation, conformément à la loi sur la santé, du 7 avril 2006.

Art. 20 Décision

¹ En cas de violation des droits des patients, la commission de surveillance peut émettre une injonction impérative au praticien concerné sous menace des peines prévues à l'article 292 du code pénal ou une décision constatatoire.

² En cas de violation des dispositions de la loi sur la santé, du 7 avril 2006, la commission de surveillance est également compétente pour prononcer un avertissement, un blâme et/ou une amende jusqu'à 20 000 F.⁽⁶⁾

³ Si aucune violation n'est constatée, elle procède au classement de la procédure.

Art. 21 Notification de la décision

¹ Les parties reçoivent notification de la décision.

² La décision est communiquée au médecin cantonal ou au pharmacien cantonal.

³ Le dénonciateur est informé de manière appropriée du traitement de sa dénonciation par la commission de surveillance. Il est tenu compte, à cet égard, de tous les intérêts publics et privés en présence, notamment, s'il y a lieu, du secret médical protégeant des tiers.

⁴ Si un intérêt public le justifie, la direction de l'institution de santé concernée doit être informée de manière appropriée de l'issue de la procédure concernant l'un de ses employés.

Art. 22 Recours

¹ Les décisions prises en vertu de l'article 7, alinéas 1, lettres a et b, et 2, peuvent faire l'objet, dans un délai de 30 jours, d'un recours à la chambre administrative de la Cour de justice⁽⁵⁾, laquelle a accès au dossier médical du patient concerné. Il lui appartient de prendre les mesures nécessaires au maintien de la confidentialité des données auxquelles elle a ainsi accès.⁽²⁾

² Le plaignant, au sens de l'article 8, alinéa 1 de la présente loi, ne peut pas recourir contre les sanctions administratives prononcées par la commission de surveillance.

³ Lorsque la commission de surveillance a statué dans le cadre d'un concours d'application entre les prescriptions légales régissant les professions de la santé et les institutions de santé et la loi sur l'information du public, l'accès aux documents et la protection des données personnelles, du 5 octobre 2001, la chambre administrative de la Cour de justice⁽⁵⁾ doit inviter le préposé cantonal à la protection des données et à la transparence à participer à la procédure de recours.⁽²⁾

[Art. 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30]⁽⁶⁾

Titre IV Dispositions finales et transitoires

Art. 31 Dispositions d'application

Le Conseil d'Etat édicte les dispositions nécessaires à l'application de la présente loi.

Art. 32 Evaluation

Les effets de la présente loi sont évalués par une instance extérieure. Tous les 2 ans, le Conseil d'Etat présente au Grand Conseil un rapport communiquant les résultats de cette évaluation.


Art. 33 Entrée en vigueur

Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 34 Dispositions transitoires

¹ La commission de surveillance connaît de toutes les demandes, plaintes, dénonciations et recours relevant de la présente loi déposés postérieurement à l'entrée en vigueur de celle-ci.

² Les affaires introduites avant l'entrée en vigueur de la présente loi et pendantes devant les commissions de surveillance des professions de la santé et des activités médicales ainsi que devant le Conseil de surveillance psychiatrique sont instruites et jugées par ces autorités. La commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients ne peut

	Type de document Catégorie procédurale \ Procédure HUG	Domaine \ Activité 2. Patients: médical et soins \ 2.2 Psychiatrie Instance décisionnelle Département de santé mentale et de psychiatrie	page 1/4 Référence HUGO.MS.PS.0013
	Procédure d'introduction d'une mesure de contrainte		N° de version 1.0 Portée HUG
Publié par Chancellerie	Responsable du document Secrétaire générale adjointe	Créé le 21/02/2013 Mise à jour le 21/02/2013	En vigueur à partir du 21/02/2013

1. Objet

Cette procédure a pour objet de préciser le cadre d'utilisation des mesures de contrainte lors d'hospitalisations dans le département de santé mentale et de psychiatrie et au service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (DEA).

2. Textes de référence

- La Constitution fédérale garantit la liberté personnelle qui donne à l'individu le droit d'aller et de venir et le droit au respect de son intégrité corporelle ; de ce fait, les mesures de contraintes sont en principe exclues. Des restrictions à la liberté personnelle sont néanmoins admissibles si elles reposent sur une base légale suffisante, s'il existe un intérêt public et si elles sont proportionnées.
- Le code civil (art. 384, 385 et 438) qui légifère sur la question des mesures de contrainte.
- La loi genevoise sur la santé K 1 03 (art. 50 et 51), qui précise le cadre de l'application du Code civil et souligne le caractère exceptionnel des mesures de contrainte.
- Les directives médico-éthiques de l'Académie suisse des sciences médicales « Mesures de contrainte en médecine » (25.05.2005).

3. Principes généraux

Par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite. Cependant, à titre exceptionnel, des mesures de contrainte peuvent être introduites. Ces mesures, qui limitent la liberté de mouvement des patients, doivent être nécessaires, éviter l'arbitraire, protéger les droits des patients, et respecter le principe de proportionnalité. Elles peuvent être introduites, à titre exceptionnel et provisoire, dans le respect d'un confort maximal pour le patient et, dans la mesure du possible, après en avoir discuté avec lui, respectivement, la personne habilitée à le représenter. Une alternative moins contraignante doit avoir été tentée, afin de limiter au maximum toute mesure, voire de la supprimer (par ex. les modifications de l'environnement du patient, le programme d'accompagnement du patient en cas d'errance, etc.).


L'introduction d'une mesure de chambre fermée n'est pas autorisée pour les patients en admission ordinaire, hormis s'ils donnent leur consentement éclairé.

4. Conditions d'introduction d'une mesure de contrainte

4.1 Les types de mesures de contrainte

On classera les différentes mesures de contrainte en tenant compte des systèmes d'entrave existant (notamment visant à éviter les chutes) ou limitant la liberté de mouvement au sein d'un espace donné :

- Les barrières au lit
- Les attaches au poignet
- La ceinture
- La chambre fermée
- Toute autre mesure limitant la liberté de mouvement.

	Type de document Catégorie procédurale \ Procédure HUG	Domaine \ Activité 2. Patients: médical et soins \ 2.2 Psychiatrie Instance décisionnelle Département de santé mentale et de psychiatrie	page 2/4 Référence HUGO.MS.PS.0013
	Procédure d'introduction d'une mesure de contrainte		N° de version 1.0 Portée HUG
Publié par Chancellerie	Responsable du document Secrétaire générale adjointe	Créé le 21/02/2013 Mise à jour le 21/02/2013	En vigueur à partir du 21/02/2013

4.2 La décision

La décision de prescription d'une mesure de contrainte est prise :

- Si le comportement du patient impose de prendre rapidement des mesures pour assurer sa sécurité ou celle des autres patients.
- Si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou ne peuvent pas être appliquées. Cet élément doit être clairement documenté dans le dossier médical.

La décision de prescription d'une mesure de contrainte incombe au médecin chef de clinique par délégation du médecin chef de service.

A titre exceptionnel, si la décision doit être prise dans l'urgence par l'équipe infirmière, un médecin chef de clinique doit être immédiatement avisé et doit donner son accord. La prescription médicale écrite doit être confirmée après évaluation dans l'heure qui suit.

Durant la nuit (entre 23:00 et 08:00), en cas d'urgence, le médecin interne peut décider d'introduire une mesure de contrainte après en avoir discuté avec le chef de clinique ; le chef de clinique est appelé à signer le protocole de mesure de contrainte au plus tard à 08:00.

4.3 Les indications et contre-indications

4.3.1 Indications

Les mesures de contrainte sont prescrites exceptionnellement dans les cas de prévention de risque élevé, immédiat, de mise en danger de soi, et d'autrui alors que les autres moyens thérapeutiques pour aider le patient à reprendre le contrôle ne se montrent pas encore efficaces.

4.3.2 Contre-indications concernant la chambre fermée

Dans le cas général, sur le plan psychiatrique, le risque suicidaire et le risque d'automutilation sont considérés comme une contre-indication à une prescription de chambre fermée.


Sur le plan somatique, les diagnostics ou pronostics suffisamment incertains ou graves pour nécessiter des soins et une surveillance intense sont des contre-indications au recours au programme en chambre fermée.

4.4 La prescription (protocole)

Les données concernant le patient, l'indication, le type de contrainte, la durée et la fréquence d'évaluation sont notés sur le protocole (voir annexes en liens 2 et 3). Il doit être horodaté et permettre l'identification du médecin prescripteur.

S'il existe des facteurs de risque liés à l'état de santé somatique, mental et à l'environnement, ils doivent être identifiés, évalués et pris en compte dans le programme spécifique de surveillance et de soins.

La prescription est notée dans le dossier du patient.

	Type de document Catégorie procédurale \ Procédure HUG	Domaine \ Activité 2. Patients: médical et soins \ 2.2 Psychiatrie Instance décisionnelle Département de santé mentale et de psychiatrie	page 3/4 Référence HUGO.MS.PS.0013
	Procédure d'introduction d'une mesure de contrainte		N° de version 1.0 Portée HUG
Publié par Chancellerie	Responsable du document Secrétaire générale adjointe	Créé le 21/02/2013 Mise à jour le 21/02/2013	En vigueur à partir du 21/02/2013

4.5 La durée de la prescription

Toute mesure de contrainte est prescrite pour une période maximale de 24 heures.

- * S'agissant des barrières au lit, cette durée peut être portée à 72h.
- * S'agissant des autres mesures de contrainte, le traitement est prescrit pour une période maximale de 24 heures et fait l'objet d'une évaluation au cours de celle-ci.

Chaque renouvellement de la mesure fait l'objet d'un nouveau protocole.

Toute mesure de contrainte doit s'accompagner d'un programme de soins adaptés.

4.6 Les modalités des mesures de contrainte

- Sur le plan médical, le patient bénéficie d'au moins une visite médicale par jour selon l'état clinique du patient. Le médecin prescrit les mesures de cette surveillance et la périodicité des contrôles vitaux (pouls, TA, T°, état de conscience, téguments, mobilisation, hydratation...). Ces visites ont pour but de vérifier comment le patient supporte la mise en chambre fermée, que l'état du patient ne s'aggrave pas sur le plan clinique et que la modalité de soins choisie reste adéquate.
- Sur le plan infirmier, le patient bénéficie d'un plan de soins infirmiers spécifique qui précise :
 - L'objectif à atteindre durant cette période. Ces soins visent à organiser et structurer le temps (au moins un entretien infirmier /24 h).
 - En principe, la surveillance infirmière intensive est réalisée avec un passage infirmier 2 fois par heure. A tout moment, un infirmier peut répondre immédiatement à l'appel du patient. Sur avis du médecin adjoint, la fréquence de la surveillance peut être adaptée en fonction de l'état clinique du patient (notamment la nuit). Ces visites ont pour but d'examiner la manière dont le patient supporte la mesure de contrainte, et de s'assurer que l'état du patient ne s'aggrave pas sur le plan clinique et que la mesure choisie reste adéquate.

4.7 L'information

Dans la mesure du possible, toute introduction de mesure de contrainte doit être discutée avec le patient, respectivement la personne habilitée à le représenter. Ils reçoivent les explications nécessaires sur les raisons, les buts, les modalités et la durée de la mesure de contrainte.

Le patient, respectivement la personne habilitée à représenter le patient, doivent être informés qu'ils peuvent s'adresser au Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (TPAE) pour recourir contre cette mesure de contrainte.

Le médecin note dans le dossier médical que le patient, respectivement la personne habilitée à le représenter, ont été informés.

	Type de document Catégorie procédurale \ Procédure HUG	Domaine \ Activité 2. Patients: médical et soins \ 2.2 Psychiatrie Instance décisionnelle Département de santé mentale et de psychiatrie	page 4/4 Référence HUGO.MS.PS.0013
	Procédure d'introduction d'une mesure de contrainte		N° de version 1.0 Portée HUG
Publié par Chancellerie	Responsable du document Secrétaire générale adjointe	Créé le 21/02/2013 Mise à jour le 21/02/2013	En vigueur à partir du 21/02/2013

4.8 Documentation

Les données nécessaires à la mesure de la conformité des pratiques avec les soins et à la surveillance programmée (surveillance de l'état somatique et psychique du patient) ainsi que les documents (protocole d'introduction de la mesure) sont intégrés au dossier du patient.

5. La décision de fin de la mesure

L'interruption de la mesure de contrainte incombe au chef de clinique en étroite collaboration avec l'équipe médico-infirmière et doit être notée par le médecin, comme la prescription initiale, dans le dossier du patient.

A l'issue de toute mesure de contrainte, une attention particulière devra être apportée au vécu du patient durant ce programme.

6. Liens

[Loi sur la santé \(K 1 03\)](#)

[Protocole de mesures de contrainte \(contention physique\)](#)

[Protocole de mesures de contrainte \(chambre fermée\)](#)

[Recours contre une mesure de contrainte](#)

**Protocole de mesure de contrainte : soins en chambre fermée
 (hospitalisation ordinaire avec consentement, PAFA ou décision de maintien)**

Cadre légal : loi sur la santé K 1 03 (art. 50 et 51)

Coller ici l'étiquette
 d'identification du patient

Si hospitalisation sous statut ORD, la mesure doit avoir été consentie ; si OK, cocher

Date et heure du jour : le..... àh.

EVALUATIONS MEDICALES (préciser la nature du risque)	
Prévention de risque élevé de mise en danger :	de soi : <input type="checkbox"/> d'autrui : <input type="checkbox"/>
A documenter :	
.....	

Mise en route Poursuite des soins en chambre fermée (depuis le :.....)
 Chambre sécurisée oui non
 Continue Discontinue Horaire

PROGRAMME DE SOINS ET PRESCRIPTIONS MEDICALES

Type de soins (fréquence)	Type de soins (fréquence)
Entretien médico – infirmier : / jour	Prise de T.A. / Pulsations : / jour
Interventions infirmières : - 2 fois par heure <input type="checkbox"/> - autre (avec l'accord du médecin adjoint) <input type="checkbox"/> Fréquence	Prise de température : / jour
	Hydratation : l / jour
Autres approches :	Téléphone Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
.....	Visite Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
.....	
Patient fumeur Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Substitution Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Le patient a-t-il sa capacité de discernement pour comprendre cette mesure ? Oui Non

Information des dispositions légales en vigueur :

au patient à la personne habilitée à représenter le patient

Nom et signature du médecin chef de clinique

Nom et signature de l'infirmier responsable d'unité :

Protocole de mesure de contrainte : contention physique

Cadre légal : loi sur la santé K 1 03 (art. 50 et 51)

Coller ici l'étiquette
d'identification du patient

Mesure consentie

Mesure non consentie

Date et heure du jour : le àh.

EVALUATIONS MEDICALES (préciser la nature du risque)	
Prévention de risque élevé de mise en danger :	de soi : <input type="checkbox"/>
	d'autrui : <input type="checkbox"/>
A documenter :	
Type de contraintes	
1. Ceintures et attaches	
Ceinture <input type="checkbox"/>	Attaches <input type="checkbox"/>
Mise en route <input type="checkbox"/>	Poursuite de la mesure <input type="checkbox"/> (depuis le
Continue <input type="checkbox"/>	Discontinue <input type="checkbox"/> (Fréquence/durée et horaire)
Durée maximale de la prescription : 24 h	
Surveillance infirmière : 2 fois/heure <input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/>
2. Barrières au lit	
Mise en route <input type="checkbox"/>	Poursuite de la mesure <input type="checkbox"/> (depuis le
Continue <input type="checkbox"/>	Discontinue <input type="checkbox"/> (Fréquence/durée et horaire)
Durée maximale de la prescription : 72 h	
Surveillance infirmière : 2 fois/heure <input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/>
3. Autres :	
Mise en route <input type="checkbox"/>	Poursuite de la mesure <input type="checkbox"/> (depuis le :
Continue <input type="checkbox"/>	Discontinue <input type="checkbox"/> (Fréquence/durée et horaire)
Durée maximale de la prescription : 24 h	
Surveillance infirmière : 2 fois/heure <input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/>

Le patient a-t-il sa capacité de discernement pour comprendre cette mesure ? Oui Non

Information des dispositions légales en vigueur :

au patient à la personne habilitée à représenter le patient

Nom et signature du médecin chef de clinique

Nom et signature de l'infirmier responsable d'unité :