



**Service de psychiatrie  
communautaire**  
Place Chauderon 18  
1003 Lausanne

**Stephane MORANDI**

Medecin adjoint

Tél: 021 314 00 50

Stephane.Morandi@chuv.ch

# **Recensement des placements à des fins d'assistance en Suisse : état des lieux et perspectives**

Stéphane Morandi  
Benedetta Silva  
Arianne Masson



## Impressum

Dossier Nr. / Référence	142003976 / 223.2-4/1
Durée du mandat	05.10.2020 – 31.10.2021
Mandant	Dr. Lea Pucci-Meier, Projektleiterin Psychische Gesundheit, Bundesamt für Gesundheit
Contact	Bundesamt für Gesundheit BAG Sektion Nationale Gesundheitspolitik Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern
Citation	Morandi S., Silva B., Masson A. Nationale Zahlen zur fürsorgerischen Unterbringung in der Schweiz - Recensement des placements à des fins d'assistance en Suisse : état des lieux et perspectives, Department of psychiatry, Lausanne University Hospital, 2021.



<b>Impressum.....</b>	<b>2</b>
<b>1. Résumé .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Liste des abréviations .....</b>	<b>8</b>
<b>3. Précisions quant à la terminologie « mesures coercitives » utilisée dans ce rapport.....</b>	<b>8</b>
<b>4. Contexte général.....</b>	<b>9</b>
<b>5. Objectif du mandat.....</b>	<b>9</b>
<b>6. Méthodologie.....</b>	<b>9</b>
<b>7. Examen de la situation actuelle .....</b>	<b>10</b>
7.1 Dispositions légales fédérales .....	10
7.2 Application cantonale des dispositions légales sur les PAFA et autres mesures coercitives dans les soins.....	12
7.3 Données récoltées actuellement au niveau national .....	12
7.3.1 Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes (COPMA) .....	12
7.3.2 Observatoire suisse de la santé (OBSAN).....	13
7.3.3 Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) .....	13
7.4 État de la recherche sur l'épidémiologie des PAFA et autres mesures coercitives en Suisse et à l'étranger .....	13
7.4.1 Utilisation de la contrainte : comparaisons nationales et internationales .....	13
7.4.2 Facteurs déterminants le recours à la contrainte .....	15
7.5 Données manquantes actuellement au niveau Suisse .....	17
<b>8. Résultats de l'enquête en ligne auprès des personnes « expertes » sur les données collectées relatives aux PAFA dans leurs cantons respectifs et sur leurs attentes en matière de statistiques nationales sur ces mesures.....</b>	<b>18</b>
8.1 Participants .....	18
8.2 Statistiques et données récoltées sur les PAFA et autres mesures coercitives dans les cantons suisses : vue générale .....	20
8.3 Détails des données collectées pour chaque mesure coercitive .....	24
8.4 Données actuellement collectées sur les PAFA et autres mesures coercitives en Suisse : spécificités des 26 cantons .....	27
8.5 Attentes des cantons en matière de statistiques nationales sur les PAFA et autres mesures coercitives.....	34
8.5.1 Importance donnée à la question des PAFA dans le canton d'activité .....	34



8.5.2	Intérêt au niveau cantonal à avoir des statistiques nationales sur les PAFA .....	34
8.5.3	Informations essentielles à collecter en vue de statistiques nationales .....	36
8.5.4	Ressources disponibles ou nécessaires en vue de réaliser des statistiques nationales .....	37
<b>9.</b>	<b>Variables à collecter pour la création d'une base de données nationale relative aux PAFA .....</b>	<b>37</b>
9.1	Disparités cantonales .....	37
9.2	Données à collecter.....	38
<b>10.</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>40</b>
10.1	Situation actuelle : lacunes et risques à maintenir le statu quo.....	40
10.2	Difficultés rencontrées durant le mandat et problèmes à envisager dans la perspective de l'établissement de statistiques nationales sur les PAFA et autres mesures coercitives.....	41
10.2.1	Spécificités cantonales et cloisonnement de l'information .....	41
10.2.2	Hétérogénéité des données.....	42
<b>11.</b>	<b>Recommandations .....</b>	<b>42</b>
11.1	A court terme (d'ici 1 à 2 ans).....	42
11.1.1	Développer l'information sur les PAFA et les autres mesures coercitives et sur la nécessité d'obtenir des données nationales fiables et précises sur le sujet .....	42
11.1.2	Préparer la collecte de données complémentaires sur les PAFA et autres mesures coercitives par les instances existantes.....	43
11.2	A moyen terme (d'ici 5 ans) .....	44
11.2.1	Présenter les données complémentaires sur les PAFA et autres mesures coercitives en Suisse obtenues par les instances existantes .....	44
11.2.2	Encourager et soutenir la recherche sur les PAFA et des autres mesures coercitives.....	44
11.3	A long terme (d'ici 10 ans) .....	45
11.3.1	Mettre en place un cadre permettant la récolte uniformisée de données relatives aux PAFA et autres mesures coercitives dans les cantons suisses .....	45
11.3.2	Identifier l'instance nationale chargée de réaliser des statistiques .....	45
11.3.3	Assurer la coordination au sein des cantons .....	46
11.3.4	Développer une plateforme informatique .....	46
<b>12.</b>	<b>Perspectives.....</b>	<b>46</b>
<b>13.</b>	<b>Remerciements .....</b>	<b>47</b>
<b>14.</b>	<b>Bibliographie.....</b>	<b>48</b>



## 1. Résumé

### Contexte

La notion de placement à des fins d'assistance (PAFA) a été introduite suite à la révision du Code civil suisse de 2013. Elle remplaçait alors la privation de liberté à des fins d'assistance. Cette révision était motivée par la volonté d'uniformiser les règles sur le traitement en établissement et sur le placement médical au niveau national, tout en améliorant quelques points de procédure. De nouvelles mesures coercitives telles que les mesures ambulatoires ou les maintiens de personnes entrées de leur plein gré en institution faisaient également leur apparition (voir chapitre 5.1.).

Actuellement, il n'existe pas en Suisse de données exhaustives, ni de statistiques complètes sur le nombre de PAFA et autres mesures coercitives. Si la Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes (COPMA) récolte des données sur les mesures de protection auprès des autorités de protection de l'adulte et de l'enfant (APEA) du pays, ces dernières ne concernent pas les PAFA et autres mesures coercitives. L'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) dispose, parmi ses indicateurs, de l'incidence annuelle de PAFA dans les services psychiatriques hospitaliers du pays. L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) recense les mesures limitatives de liberté dans les hôpitaux et cliniques suisses.

On ne dispose donc pas de statistiques sur les PAFA réalisés dans les structures d'hébergement telles que les établissements médico-sociaux (EMS) et les autres institutions spécialisées : foyers psychiatriques, structures résidentielles pour le traitement des addictions ou le suivi des personnes avec un handicap, ni sur le nombre de maintiens des personnes entrées de leur plein gré en institution, de mesures ambulatoires, de placements de mineurs ou de mesures limitatives de liberté appliquées en dehors des hôpitaux et cliniques et autres mesures disciplinaires ou sécuritaires. En outre, les données disponibles mettent en évidence d'importantes disparités dans le recours aux mesures coercitives entre les cantons et même entre les établissements de soins d'un même canton. Or, toutes ces mesures, même si elles visent avant tout la protection des personnes concernées, représentent une atteinte aux droits fondamentaux de ces dernières. Leur monitoring s'avère donc indispensable.

Ce rapport, mandaté par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a pour objectif d'examiner les moyens actuels de recenser le nombre de PAFA au niveau national en compilant les données cantonales et régionales déjà collectées et les possibilités de produire des statistiques nationales qui pourraient être régulièrement actualisées. Les buts spécifiques de ce mandat sont :

1. La réalisation d'un état des lieux sur les données relatives aux PAFA collectées dans les cantons suisses,
2. L'évaluation des besoins des cantons en termes d'informations sur les PAFA et de l'investissement qu'ils sont prêts à fournir pour les obtenir,
3. La définition des variables à collecter pour la création d'une base de données nationale relative aux PAFA,
4. L'élaboration de recommandations en synergie avec un groupe d'experts quant aux moyens à mettre en œuvre pour la création d'une base de données nationale relative aux PAFA.

### Méthodologie

Après un examen des dispositions légales fédérales et cantonales et une revue de la littérature scientifique sur les PAFA et autres mesures coercitives appliquées en Suisse permettant une meilleure compréhension du contexte national et des spécificités cantonales, un courrier a été adressé aux APEA, aux Offices des Médecins cantonaux et aux Départements de la santé et/ou des affaires sociales des 26 cantons suisses, afin d'identifier des « personnes expertes » pour la question des PAFA. Une invitation à participer à une enquête en ligne portant sur les données actuellement collectées en Suisse sur les PAFA et autres mesures coercitives a été adressée aux 64 personnes identifiées. Parmi elles, 46 y ont répondu. Les 26 cantons étaient représentés. Lorsque des précisions étaient nécessaires, des questions complémentaires ont été adressées aux participants. Des collaborateurs de la COPMA, de l'OBSAN et de l'ANQ ont également été approchés pour obtenir des clarifications sur le fonctionnement de leur institution.



## Résultats

L'examen des dispositions légales et de la littérature, ainsi que les réponses à l'enquête en ligne ont mis en évidence une très grande hétérogénéité dans les pratiques liées aux PAFA au sein des différents cantons. En outre, les moyens mis en œuvre pour collecter des données sur ces mesures coercitives, la quantité et la qualité de ces informations variaient énormément d'un canton à l'autre. Les répondants mentionnaient essentiellement que leur canton collectait des informations sur les PAFA décidés par les APEA, mais très peu d'informations étaient disponibles sur les autres mesures coercitives.

A travers l'enquête en ligne, les « personnes expertes » pour la question des PAFA ont rapporté un intérêt et des niveaux de motivation très variables dans leur canton d'activité quant à la possible collaboration à la production de statistiques nationales sur les PAFA. Les arguments en faveur de statistiques nationales étaient notamment une meilleure connaissance de l'état de santé des populations, une identification plus précise des besoins en ressources des instances cantonales légales et médicales, une amélioration du suivi des mesures et, par conséquent, un renforcement du respect des droits des personnes concernées. En revanche, certains répondants émettaient des doutes quant à la possibilité d'y parvenir compte tenu du manque de ressources pour le faire au sein des cantons, d'un cadre légal insuffisant et d'une absence d'homogénéité dans l'organisation et les pratiques cantonales.

De nombreuses variables ont été identifiées comme pertinentes pour des statistiques nationales. Celles-ci concernent les décisions de mesures par les différentes autorités compétentes, leur mise en œuvre, les appels au juge et recours contre ces décisions, les caractéristiques des personnes concernées (telles que leur âge, leur genre ou leur lieu de résidence). Il existait également un intérêt pour d'autres variables telles que le nombre d'appels à une personne de confiance dans le cadre de PAFA ou l'existence de directives anticipées.

## Discussion

Actuellement, la Suisse ne dispose pas de statistiques détaillées sur les PAFA et les autres mesures coercitives précitées. Ces mesures consistent pourtant en une atteinte aux droits fondamentaux des personnes concernées et ne sont pas sans risque pour elles. En outre, les PAFA et les autres mesures coercitives représentent un sujet très sensible régulièrement discuté sur le plan médiatique et politique et les arguments avancés dans les débats sont souvent construits sur la base de chiffres imprécis ou incomplets.

Si un monitoring des PAFA et des autres mesures coercitives s'avère indispensable, les résultats des travaux menés durant ce mandat démontrent qu'il n'est pas envisageable d'obtenir des statistiques nationales détaillées et exhaustives dans les conditions actuelles, ceci en raison de la trop grande hétérogénéité des données collectées dans les cantons. Pour y parvenir, il s'avère au préalable nécessaire d'adapter le cadre légal, d'identifier une instance nationale chargée d'organiser la collecte et l'analyse des données obtenues au sein des cantons et de débloquer des ressources suffisantes.

Pour autant qu'elles soient soutenues sur le plan politique, ces démarches mettront un certain temps pour aboutir. Dans l'intervalle, d'autres mesures peuvent être envisagées, afin de combler les lacunes actuelles en termes de données sur les PAFA et autres mesures coercitives en Suisse. Il s'agit notamment de compléter les sets de données existants et d'encourager et soutenir les projets de recherche sur le sujet.

## Recommandations

Les recommandations découlant de ce mandat peuvent être résumées comme suit :

A court terme, c'est-à-dire dans les deux ans à venir, l'information et la formation sur les PAFA et les autres mesures coercitives devraient être développées. Cette démarche permettrait de sensibiliser les parties concernées à la nécessité d'obtenir des données sur le sujet et, par conséquent, de renforcer leur motivation à collaborer à l'établissement de statistiques nationales.



Durant cette période, des travaux préliminaires nécessaires à la collecte et/ou au traitement de nouvelles données relatives aux PAFA et aux autres mesures coercitives par les instances existantes telles que l'OBSAN, l'ANQ, la COPMA ou l'Office fédéral de la statistique (OFS) pourraient être initiés. Il s'agirait notamment de compléter leur mandat et d'adapter leurs ressources, mais aussi de définir précisément les variables que l'on souhaite voir traitées et les procédures pour y parvenir.

D'ici cinq ans, par exemple, l'OFS pourrait ainsi compléter le set de données déjà collectées sur les PAFA à travers la statistique des hôpitaux. Grâce aux relevés existants concernant ces institutions auxquels de nouvelles variables auraient été ajoutées, des données sur les PAFA et autres mesures coercitives décidées ou mises en œuvre au sein des consultations ambulatoires des hôpitaux, des cabinets médicaux, des établissements médico-sociaux (EMS) et des autres institutions spécialisées pourraient aussi être obtenues.

Dans les cinq prochaines années, des projets de recherche portant sur les PAFA et les mesures coercitives devraient aussi être encouragés et soutenus. Ces travaux auraient certes un périmètre restreint par rapport à des statistiques nationales et ne permettraient pas forcément de suivre l'évolution, sur des périodes prolongées, de l'utilisation de ces mesures. Ils permettraient toutefois de réaliser des comparaisons entre certains cantons ou institutions motivés à collaborer. En outre, la question des PAFA et des autres mesures coercitives pourrait être examinée sous un angle médical et légal, mais aussi social et politique. Ainsi, les résultats de ces travaux devraient faciliter la compréhension de l'ensemble des facteurs déterminant l'épidémiologie des PAFA et des autres mesures coercitives, mais aussi d'évaluer l'impact de ces mesures sur les personnes concernées et d'optimiser leur utilisation.

Enfin, d'ici dix ans, le cadre légal devrait être révisé. Il s'agirait d'y inclure la nécessité de recenser les PAFA et autres mesures coercitives, de définir l'instance nationale chargée de cette mission et les procédures qui devraient être mises en place pour collecter les données, les analyser et pour publier des statistiques nationales.

### **Perspectives**

Ce mandat s'inscrit dans le cadre de l'évaluation des dispositions relatives au PAFA initiée par l'OFJ qui a pour objectif d'examiner l'efficacité de la réglementation actuelle et de mettre en lumière la manière dont les dispositions relatives aux PAFA sont exécutées dans les cantons, les écarts par rapport aux règles de loi, les lacunes, les déficits, mais aussi les règles de bonnes pratiques. Les conclusions de cette évaluation et les recommandations du présent rapport devraient permettre aux autorités fédérales d'identifier les dispositions relatives au PAFA et autres mesures coercitives pour lesquelles la collecte de données doit être renforcée au niveau national et la réalisation de statistiques nationales s'avère nécessaire, afin de pouvoir mieux suivre l'utilisation de ces mesures en Suisse.



## 2. Liste des abréviations

ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
APEA	Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte
CC	Code civil suisse
COPMA	Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes
EG ZGB	Gesetz über die Einführung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches
EMS	Etablissement médico-social
MLL	Mesures limitatives de liberté
OBSAN	Observatoire suisse de la santé
OFJ	Office fédéral de la justice
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFS	Office fédéral de la statistique
OJV	Ordre judiciaire vaudois
OMC	Office du Médecin cantonal
PAFA	Placement à des fins d'assistance
SID	Sicherheitsdirektion
TPAE	Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant

## 3. Précisions quant à la terminologie « mesures coercitives » utilisée dans ce rapport

Dans ce rapport, sont définies comme mesures coercitives, outre les placements à des fins d'assistance (PAFA) au sens de l'art 426 ss CC :

- le maintien d'une personne entrée de son plein gré (art. 427 CC),
- les traitements sans consentement appliqués dans le cadre de PAFA (art. 434 CC),
- les mesures médicales appliquées en cas d'urgence dans le cadre de PAFA (art. 435 CC),
- les mesures limitant la liberté de mouvement appliquées dans le cadre de PAFA (art. 438 CC avec renvoi à l'art. 383 ss CC),
- les mesures médicales appliquées en cas d'urgence hors PAFA (art. 379 CC),
- les mesures limitant la liberté de mouvement appliquées hors PAFA (art. 383 ss CC),
- les mesures ambulatoires selon les dispositions cantonales (art. 437 CC),
- les autres mesures disciplinaires et sécuritaires qui peuvent exister dans certains établissements, mais qui ne figurent pas dans les dispositions légales fédérales ou cantonales.



## 4. Contexte général

La révision du Code civil suisse de 2013 a introduit la notion de placement à des fins d'assistance (PAFA). Cette mesure de protection remplace la privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFA, art. 397a ss aCC) de l'ancien droit des tutelles qui était entré en vigueur en 1981). Cette révision était motivée par la volonté d'uniformiser les règles sur le traitement en établissement et sur le placement médical au niveau national, tout en améliorant quelques points de procédure. Il s'agissait aussi de mieux protéger les personnes concernées et de combler les lacunes juridiques identifiées.

Depuis l'entrée en vigueur du nouveau droit au 1<sup>e</sup> janvier 2013, on observe un nombre élevé de PAFA et d'importantes disparités entre cantons s'agissant des admissions à l'hôpital sous ce type de mesures. En outre, la mise en œuvre de ces nouvelles dispositions légales a également été questionnée<sup>1</sup>. Dans son avis du 29.08.2018, le Conseil Fédéral a estimé que les nouvelles dispositions légales devaient être soumises à une évaluation approfondie. En 2020, l'Office fédéral de la justice (OFJ) a initié une évaluation des dispositions relatives aux PAFA [1]. Il a notamment été décidé de s'intéresser aux statistiques relatives aux PAFA et autres mesures de contrainte en Suisse, car actuellement, des données statistiques complètes sur les PAFA ne sont pas disponibles en Suisse.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mandaté une équipe de recherche du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) dirigée par Dr. Stéphane Morandi pour la réalisation du projet « Recensement des placements à des fins d'assistance en Suisse : état des lieux et perspectives ». Cette équipe a déjà mené de nombreux travaux de recherche en lien avec la thématique exposée dans ce rapport : épidémiologie des mesures de protection, impact de la contrainte sur les personnes concernées et sur les professionnels et interventions pour limiter l'utilisation de mesures coercitives<sup>2</sup>.

## 5. Objectif du mandat

Ce mandat a pour objectif d'examiner les moyens actuels de recenser le nombre de placements à des fins d'assistance (PAFA) au niveau national en compilant les données cantonales et régionales déjà collectées et les possibilités de produire des statistiques nationales qui pourraient être régulièrement actualisées.

Les buts spécifiques de ce mandat sont :

1. La réalisation d'un état des lieux sur les données relatives aux PAFA collectées dans les cantons suisses,
2. L'évaluation des besoins des cantons en termes d'informations sur les PAFA et de l'investissement qu'ils sont prêts à fournir pour les obtenir,
3. La définition des variables à collecter pour la création d'une base de données nationale relative aux PAFA,
4. L'élaboration de recommandations en synergie avec un groupe d'experts quant aux moyens à mettre en œuvre pour la création d'une base de données nationale relative aux PAFA.

## 6. Méthodologie

La réalisation de ce mandat a nécessité plusieurs étapes :

1. *Examen de la situation actuelle*  
Pour ce faire, les dispositions légales fédérales et cantonales ont été examinées. Une recherche de littérature a également été menée pour trouver des informations sur

---

<sup>1</sup> Mo. 18.3654 Estermann, 15.06.2018.

<sup>2</sup> <https://www.chuv.ch/fr/psychiatrie/dp-home/recherche/centres-et-unites-de-recherche/groupe-de-recherche-en-psychiatrie-communautaire>



d'éventuelles statistiques et bases de données sur les PAFA et autres mesures coercitives en Suisse.

2. *Identification de personnes « expertes » sur la question des PAFA dans chaque canton suisse*

Afin d'identifier les personnes travaillant dans les administrations cantonales les plus à même de répondre à des questions sur les PAFA, des courriers ont été adressés aux Autorités de protection de l'adulte et de l'enfant (APEA), Autorités de surveillance, Offices des Médecins cantonaux et Départements de la santé et/ou des affaires sociales des 26 cantons.

3. *Enquête en ligne auprès de ces personnes « expertes » sur les données collectées relatives aux PAFA dans leurs cantons respectifs et sur leurs attentes en matière de statistiques nationales sur ces mesures*

Les personnes identifiées aux points 2. ont reçu un courriel les invitant à participer à une enquête en ligne sur les données actuellement récoltées sur les PAFA et les autres mesures coercitives dans leur canton et sur les attentes de ceux-ci quant à d'éventuelles statistiques nationales sur ces mesures coercitives.

Après analyse des résultats de l'enquête en ligne, lorsque des précisions étaient nécessaires, un questionnaire complémentaire spécifique a été adressé aux personnes ayant répondu à l'enquête, afin d'obtenir des détails sur les données collectées au niveau cantonal.

4. *Élaboration de recommandations en collaboration avec un groupe d'experts*

Suite aux étapes précédentes (points 1-3), un rapport préliminaire a été rédigé par l'équipe de projet. Ce document a été soumis au groupe d'experts mis en place par l'OFSP. Le contenu du rapport a ensuite été discuté entre le groupe d'experts et l'équipe de projet dans le but d'y apporter les compléments nécessaires et d'élaborer conjointement les recommandations à l'attention des autorités fédérales. Les personnes ayant répondu à nos sollicitations au sein des cantons et des instances nationales citées dans le rapport ont été invitées à contrôler les parties du document les concernant.

5. *Rédaction du présent rapport à l'attention des autorités fédérales*

Après relecture par le groupe d'experts, la version finalisée du rapport a été traduite en allemand par l'OFSP avant d'être adressée aux autorités fédérales, aux cantons et aux acteurs concernés par la thématique des PAFA et autres mesures coercitives.

## 7. Examen de la situation actuelle

### 7.1 Dispositions légales fédérales

Dans le Code civil suisse (CC), s'agissant de la protection de l'enfant et de l'adulte, il est fait mention de plusieurs mesures coercitives, mais aussi de dispositions visant à renforcer les droits des personnes concernées, pour lesquelles des statistiques sont ou pourraient être établies. Ci-dessous figure un bref rappel des dispositions légales relatives à ces mesures.

#### Placements à des fins d'assistance (PAFA)

L'art 426 CC prévoit qu'« une personne peut être placée dans une institution appropriée lorsque, en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent lui être fournis d'une autre manière ». La révision du Code civil de 2013 avait notamment pour but d'uniformiser, au niveau national, la législation relative aux PAFA. Suite à ces modifications du cadre légal, des différences au niveau des cantons persistent toutefois, en raison de lois d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant et de lois sur la santé spécifiques à chaque canton.

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



conditions du placement ne sont plus remplies. La personne concernée ou l'un de ses proches peut demander sa libération en tout temps. La décision doit être prise sans délai.

L'autorité de protection de l'adulte et de l'enfant (APEA) est compétente pour ordonner le placement d'une personne ou sa libération (art. 428 CC). Les cantons peuvent désigner des médecins qui, outre l'APEA, sont habilités à ordonner des PAFA dont la durée est fixée par le droit cantonal, mais ne dépasse pas six semaines (art. 429 CC).

Toute personne placée dans une institution a le droit de faire appel à une personne de confiance de son choix qui l'assistera pendant la durée de son séjour et jusqu'au terme des procédures en rapport avec celui-ci (art. 432 CC). Lorsqu'une personne est placée dans une institution pour y subir un traitement, le médecin traitant établit un plan de traitement écrit avec la personne concernée et, le cas échéant, sa personne de confiance (art. 433).

Dans le cadre d'un PAFA, un traitement sans consentement peut être prescrit par le médecin chef du service si le défaut de traitement met gravement en péril la santé de la personne concernée ou la vie ou l'intégrité corporelle d'autrui, que la personne concernée n'a pas la capacité de discernement requise pour saisir la nécessité du traitement et qu'il n'existe pas de mesure moins rigoureuse (art. 434 CC). En outre, en cas d'urgence, les soins médicaux indispensables peuvent être administrés immédiatement si la protection de la personne concernée ou celle d'autrui l'exige (art. 435 CC). S'il existe un risque de récurrence, le médecin traitant essaie de prévoir avec la personne concernée, avant sa sortie de l'institution au cours de l'entretien de sortie, quelle sera la prise en charge thérapeutique en cas de nouveau placement (art. 436 CC).

#### Maintien d'une personne entrée de son plein gré

En vertu de l'art. 427 CC, toute personne qui souhaite quitter l'institution dans laquelle elle est rentrée de son plein gré en raison d'un trouble psychique peut être retenue sur ordre du médecin-chef de l'institution pendant trois jours au plus si elle met en danger sa vie ou son intégrité corporelle ou si elle met gravement en danger la vie ou l'intégrité corporelle d'autrui.

#### Mesures ambulatoires

Le droit cantonal règle la prise en charge de la personne concernée à sa sortie de l'institution. Il peut prévoir des mesures ambulatoires (art. 437 CC). Les mesures ambulatoires permettent d'obliger la personne concernée à suivre des soins ambulatoires.

#### Appel au juge

La personne concernée ou l'un de ses proches peut en appeler par écrit au juge en cas de placement ordonné par un médecin, de maintien par l'institution, de rejet d'une demande de libération par l'institution, de traitement de troubles psychiques sans le consentement de la personne concernée, d'application de mesures limitant la liberté de mouvement de la personne concernée (art. 439 CC).

#### Traitement sans consentement et cas d'urgence hors PAFA

En dehors des troubles psychiques pour lesquels le traitement est régi par les règles sur le PAFA, une personne incapable de discernement peut être traitée sans son consentement conformément aux art. 377-379 CC.

#### Mesures limitant la liberté de mouvement hors PAFA

L'institution qui accueille une personne incapable de discernement peut restreindre la liberté de mouvement de cette dernière si des mesures moins rigoureuses ont échoué ou apparaissent a priori insuffisantes et que la restriction vise à prévenir un grave danger menaçant la vie ou l'intégrité corporelle de la personne concernée ou d'un tiers ou à faire cesser une grave perturbation de la vie communautaire (art. 383 CC).

#### Placements pour mineurs

Lorsqu'un enfant est placé dans une institution fermée ou dans un établissement psychiatrique, les dispositions de la protection de l'adulte sur le placement à des fins d'assistance sont applicables par analogie (art. 314b CC).



### Autres mesures sécuritaires et disciplinaires

Il existe d'autres mesures auxquelles les personnes placées peuvent être soumises, mais qui ne figurent pas dans les dispositions légales fédérales : interdiction de fumer, de boire de l'alcool, de recevoir des visites ou des appels téléphoniques, restrictions sur le plan du régime alimentaire, surveillance par des moyens électroniques tels que vidéo-surveillance, GPS, etc.

## **7.2 Application cantonale des dispositions légales sur les PAFA et autres mesures coercitives dans les soins**

Les dispositions légales propres à chaque canton, notamment les lois cantonales d'application du Code civil et les lois relatives à la santé publique définissent et/ou précisent de quelle manière les dispositions fédérales relatives aux mesures coercitives doivent être appliquées dans le canton. Plusieurs travaux ont mis en évidence ces disparités cantonales [2, 3]

En outre, certaines dispositions légales cantonales peuvent influencer le nombre de mesures coercitives appliquées, notamment en définissant de manière plus ou moins large les médecins autorisés à prononcer des PAFA. A titre d'exemples, le canton de Bâle Campagne se montre très restrictif quant aux médecins autorisés à prononcer des PAFA (§ 78 al. 1 et § 80 al. 1 EG ZGB) [4]. En effet, le cadre légal du canton de BL ne permet pas à un médecin seul de prononcer un PAFA. Toutes les mesures doivent être confirmées par l'APEA. A l'inverse, dans le canton de Zurich, tous les médecins autorisés à pratiquer en Suisse sont autorisés à le faire (§ 27 al. 1 EG KESR) [5]. D'autres dispositions légales cantonales peuvent avoir un rôle direct sur le nombre de mesures coercitives. Dans les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures [6], Argovie (§ 51h al. 1 EG ZGB) [7], Berne (§ 30 al. 1 LPEA) [8], Grisons (art. 52 al. 1 EGZZGB) [9] et Jura (art. 40 LPAFA) [10], on demande qu'un nouveau PAFA soit prononcé en cas de transfert entre deux institutions.

## **7.3 Données récoltées actuellement au niveau national**

### **7.3.1 Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes (COPMA)**

La Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes (COPMA) est une conférence intercantonale qui coordonne la coopération entre cantons, Confédération et organisations nationales [11]. Les objectifs principaux de la COPMA sont de traiter et de coordonner les affaires de protection des mineurs et des adultes, de favoriser la collaboration entre cantons et la Confédération à ce sujet, d'informer ses membres et de leur fournir de la documentation et de pourvoir à la formation initiale, continue et permanente des personnes actives dans le domaine de la protection des mineurs et des adultes. Elle collecte également certaines données statistiques nationales basées sur des informations transmises par les APEA.

La COPMA est financée par les cantons. Elle collecte des données pour leur compte et en concertation avec eux. Il n'existe actuellement pas de cadre légal contraignant obligeant les cantons à transmettre les informations à la COPMA. En raison des ressources humaines et techniques limitées aussi bien du côté de la COPMA que du côté des cantons, des priorités ont dû être définies quant aux statistiques qui devaient être produites. Seules des données sur le nombre d'enfants et d'adultes soumis à des mesures de protection (principalement des curatelles) avec répartition par types de mesures, par âge et par genre sont publiées par la COPMA [12].

Les cantons ont la possibilité de transmettre à la COPMA des données sur les PAFA décidés par les APEA. Toutefois, en dehors de tout cadre légal contraignant, certains ne le font pas. En outre, les dispositions légales cantonales et l'organisation des APEA et des systèmes de santé spécifiques à chaque canton amènent à de grandes disparités dans la manière dont les informations sur les PAFA sont transmises à la COPMA. Par conséquent, la quantité comme la qualité des données obtenues par la COPMA sur les PAFA étant très variables, aucune statistique n'a été publiée jusqu'ici. En revanche, les cantons reçoivent de la COPMA des données brutes cantonales, non vérifiées, pour leur information.



### **7.3.2 Observatoire suisse de la santé (OBSAN)**

Depuis 2018, le nombre de patients pour 1'000 habitants adressés sous PAFA dans les cliniques et hôpitaux psychiatriques ou dans les divisions psychiatriques des hôpitaux de soins somatiques aigus de Suisse fait partie des indicateurs mesurés par l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) [13]. Cet indicateur montre les données à partir de 2016. Ces dernières sont tirées des statistiques des hôpitaux fournies à l'OBSAN par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Grâce à cet indicateur, des comparaisons entre cantons sont maintenant possibles. Toutefois, il présente quelques limitations.

Tout d'abord, l'OBSAN ne dispose pas d'information sur les PAFA réalisés dans les institutions autres que les cliniques et hôpitaux psychiatriques ou les divisions psychiatriques des hôpitaux de soins somatiques. Or, une partie des personnes concernées par un PAFA sont adressées à des structures telles que les services de soins somatiques des cliniques et des hôpitaux, des établissements médico-sociaux ou autres institutions spécialisées. De plus, même si l'OFS définit précisément le format sous lequel les cantons doivent lui transmettre les données [14-16], la manière dont celles-ci sont collectées par les cliniques et les hôpitaux peut parfois varier. Enfin, les données disponibles par ce biais sont limitées et ne permettent pas de répondre à toutes les questions soulevées par l'utilisation des PAFA.

### **7.3.3 Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)**

De son côté, l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) récolte des informations sur l'utilisation de mesures limitatives de liberté (MLL) dans les hôpitaux et cliniques psychiatriques suisses concernant les adultes depuis 2012 et pour ce qui est des enfants et adolescents depuis 2013. Les MLL relevées sont : l'isolement, l'immobilisation, le maintien ferme, la médication forcée et les mesures de sécurité sur chaise et au lit, ces dernières n'étant pas relevées pour les enfants et les adolescents. Les établissements concernés transmettent les informations relatives aux MLL à l'ANQ via un formulaire standardisé : l'instrument de relevé des mesures limitatives de liberté (EFM). L'ANQ travaille également sur les données transmises par les cliniques et hôpitaux à l'OFS.

Les résultats sont publiés chaque année sur le site de l'ANQ [17]. Les comparaisons entre établissements doivent être faites avec réserve sachant que le nombre absolu de MLL ne permet pas à lui seul de déterminer la qualité des soins. En effet, un nombre plus faible de MLL ne signifie pas automatiquement une meilleure qualité des soins. L'interprétation des résultats doit toujours être faite en fonction du contexte et des concepts de soins des cliniques dans lesquelles les MLL sont mesurées. Alors que certaines cliniques utilisent plus fréquemment des MLL courtes, d'autres s'appuient sur des mesures plus longues, mais y recourent moins régulièrement. Il faut aussi tenir compte du fait que les cliniques ont des critères d'admission variables qui peuvent, selon la sévérité des troubles des patients, également influencer le nombre de MLL. Enfin, il faut relever que la déclaration des MLL se fait par les établissements, sans contrôle externe et dépend donc de l'assiduité des cliniques à les relever.

## **7.4 État de la recherche sur l'épidémiologie des PAFA et autres mesures coercitives en Suisse et à l'étranger**

### **7.4.1 Utilisation de la contrainte : comparaisons nationales et internationales**

#### PAFA

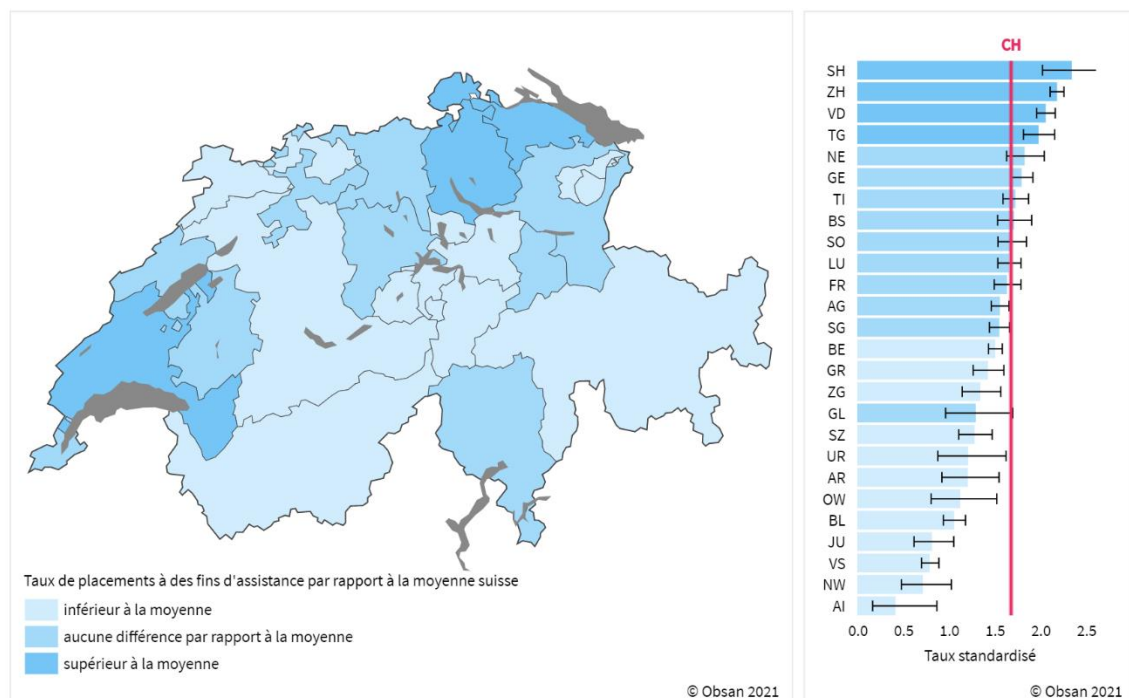
Malgré l'attention politique et éthique croissante portée aux droits des patients et le peu de preuves existantes concernant les bénéfices de la contrainte [18], l'utilisation de cette dernière a augmenté presque partout dans le monde au cours des dernières années, avec de grandes variations d'un pays à l'autre [19, 20]. Une étude récente comparait l'incidence annuelle des hospitalisations involontaires, comparables aux PAFA en Suisse, de 22 pays européens, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande entre 2008 et 2017. Le taux médian d'hospitalisation



involontaire était de 1.1 (IQR 0.6 à 1.5) pour 1'000 personnes, l'Autriche présentant le taux le plus élevé (2.8 pour 1'000 personnes) et l'Italie le plus bas (0.1 pour 1'000 personnes).

Selon les dernières données officielles publiées par l'OBSAN sur la base des statistiques médicales des hôpitaux, en 2019, la Suisse enregistrait 1.7 placements involontaires en établissement psychiatrique pour 1'000 habitants [21], se situant parmi les pays avec l'incidence la plus élevée d'Europe. En outre, d'importantes variations intercantionales, allant de 2.3 pour le canton de Schaffhouse à 0,4 pour le canton de Appenzell Rhodes-Intérieures, étaient mises en évidence par l'OBSAN (Figure 1). Ces variations sont également visibles lorsqu'on examine les taux d'hospitalisations involontaires par rapport au nombre total de cas admis en psychiatrie dans chaque canton : 33% dans le canton de Zurich [22], 38% dans le canton de Vaud [23]; 10.6% à Bâle-Ville [24].

Figure 1 Placements en établissement psychiatrique à des fins d'assistance 2019 (taux standardisé pour 1000 habitants)



### Mesures ambulatoires

Comme pour les placements involontaires, la prévalence des mesures ambulatoires sous contrainte varie de manière très importante d'un pays à l'autre, avec par exemple 36 mesures ambulatoires pour 100'000 habitants enregistrées en 2011 en Ontario [25], 59 en 2012 en Nouvelle-Zélande [26] et 71 en 2012 en Norvège [27], mais aussi au sein du même pays et région. En Australie entre 2016 et 2017, le nombre de mesures ambulatoires allaient de 40 pour 100'000 habitants en Australie occidentale à 112,5 en Australie méridionale [28]. Au Royaume-Uni, entre 4 et 44% des patients quittant l'hôpital étaient placés sous mesures ambulatoires selon l'établissement dans lequel ils avaient séjourné [29].

À l'heure actuelle, il n'existe pas de données publiées sur l'utilisation de ces mesures en Suisse. Les seuls chiffres disponibles proviennent d'une étude menée en 2018 sur l'épidémiologie des mesures ambulatoires prononcées dans le canton de Vaud durant les cinq premières années suivant l'entrée en vigueur en 2013 du nouveau droit de la protection de l'enfant et de l'adulte [30]. Les résultats montraient que les taux d'incidence des mesures ambulatoires pour 100'000 habitants variaient entre 4,8 pour 2013 et 9,6 pour 2017, tandis que leur prévalence passait de 4,8 à 19,5 pendant la même période. Si cette tendance à l'augmentation devait rester constante, le canton de Vaud atteindrait d'ici quelques années un taux de prévalence de mesures ambulatoires parmi les plus élevés en Europe.

### Autres mesures coercitives

La même situation se présente lors de l'analyse de la littérature scientifique s'intéressant à d'autres mesures coercitives, telles que le traitement sans consentement ou les mesures limitatives de liberté. Entre 2003 et 2005, le projet européen EUNOMIA (European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice) évaluait et comparait l'utilisation de mesures coercitives telles que la contention physique, l'isolement et la médication forcée, dans les établissements psychiatriques de dix pays européens. Les résultats montraient que le pourcentage de patients soumis à des mesures coercitives dans chaque pays variait de manière importante (entre 21% et 59%) [20].

Dans le canton de Zurich, une étude portant sur les informations tirées du registre psychiatrique central qui couvre les données de tous les hôpitaux psychiatriques du canton, a permis de déterminer à quelle fréquence et à qui des mesures coercitives, telles que l'isolement, la contention physique et la médication forcée, étaient appliquées dans les soins psychiatriques aux adultes [31]. Les résultats montraient qu'en 2007, parmi les patients admis dans un des six hôpitaux psychiatriques du canton, 6.4% étaient soumis à une mesure d'isolement ou de contention physique et 4.2% à une médication forcée. Globalement, 7.3% étaient exposés au moins à une mesure coercitive pendant l'hospitalisation. Des variations importantes entre les six hôpitaux du canton étaient également rapportées [31]. Plus récemment, une autre étude publiée par Hotzy et al. (2018) a analysé les documents d'admission et les dossiers médicaux d'une cohorte de patients admis à l'Hôpital universitaire de psychiatrie de Zurich entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 juin 2016 afin d'obtenir des informations sur le taux et la durée des différentes mesures coercitives mises en place (isolement, contention physique et médication forcée) [22]. Les résultats montraient que le 10% de patients hospitalisés étaient soumis au moins à une mesure coercitive (24% des patients hospitalisés sous contrainte). L'isolement était la mesure la plus souvent utilisée (8.4% des patients), suivie par la médication forcée (5.2%) et la contention physique (0.4%). Le nombre moyen de mesures par patient (3) était plus élevé que dans divers pays européens (1,5) [20].

### **7.4.2 Facteurs déterminants le recours à la contrainte**

Plusieurs études internationales et nationales ont essayé d'expliquer les raisons des variations et de comprendre quels facteurs favorisaient ou empêchaient le recours à la contrainte. Rössler (2019) classait ces facteurs sur trois niveaux : un niveau macro, comprenant les facteurs sociétaux et légaux; un niveau méso, comprenant l'organisation des soins de santé mentale et en particulier l'offre de stratégies d'intervention alternatives; et un niveau micro, comprenant les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des personnes concernées ainsi que les caractéristiques et attitudes de leurs soignants [32].

#### Facteurs légaux et sociétaux

Au niveau international, les cadres législatifs de la contrainte diffèrent significativement, notamment pour ce qui concerne les critères d'hospitalisation (dangerosité et/ou besoin de traitement), les personnes habilitées à ordonner une hospitalisation (autorité légale vs médicale) et la notification obligatoire de la décision à un proche ou à une personne de confiance. Une étude publiée en 2004, comparant les taux d'hospitalisations involontaires de 15 pays européens sur ces trois aspects, montrait que l'implication obligatoire d'un représentant légal pendant le processus d'hospitalisation involontaire était le seul facteur associé à une proportion plus faible d'admissions sous contrainte [33]. Plus récemment, Rains et al. (2019) comparait la législation de 22 pays européens, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande sur huit sujets : les critères de l'hospitalisation involontaire ; qui était habilité à émettre un ordre d'hospitalisation involontaire ; s'il existait une obligation pour un représentant légal du patient d'être présent lors de l'évaluation ou du prononcé de la mesure ; s'il existait une obligation légale de consulter un parent ou un proche ; quels types d'ordres d'hospitalisation involontaire étaient disponibles ; les dispositions pour faire appel contre un ordre d'hospitalisation involontaire ; les droits légaux du patient (par exemple, à la représentation légale) ; et comment les droits de l'homme et des patients étaient défendus. Dans l'ensemble, aucune association claire entre la législation et les taux d'hospitalisations involontaires n'émergeait [19].

Au niveau suisse, l'hypothèse a été à plusieurs reprises avancée selon laquelle les différences entre les législations cantonales, notamment en ce qui concerne l'autorité habilitée à ordonner les PAFA, pourraient au moins partiellement expliquer les variations des taux d'hospitalisations involontaires enregistrées dans les différents cantons [34, 35]. À Zurich, plusieurs recherches ont démontré que la qualité des formulaires utilisés pour ordonner des admissions sous contrainte différait selon la spécialité des médecins traitants [36, 37] et que les médecins non psychiatres montraient plus de doutes sur la nécessité de l'admission involontaire émise [38]. À Genève, il a été montré que le fait de limiter la possibilité d'ordonner un placement sous contrainte aux médecins psychiatres amenait à une réduction des taux d'utilisation de ce type de mesures [39]. Dans le canton de Vaud, les patients adressés par un médecin généraliste présentaient une probabilité d'admission sous contrainte deux fois plus élevée que les patients adressés par un psychiatre ambulatoire [23]. Cependant, selon les résultats publiés par l'OBSAN comparant les taux des placements en établissement psychiatrique au cours du 2016 dans les 26 cantons, aucune influence significative de l'autorité habilitée à ordonner les placements à des fins d'assistance sur les taux de placement n'a pu être démontrée [40].

Sur le plan sociétal, diverses hypothèses ont été avancées concernant les facteurs susceptibles d'influencer le recours à la coercition. Le fait de vivre dans une zone urbaine, défavorisée sur le plan socio-économique et comptant une forte proportion de jeunes adultes (20-39 ans) et de minorités ethniques augmentait le risque d'hospitalisation involontaire [41-43]. Aucune association n'a été relevée en Suisse entre le niveau d'urbanisation et le taux d'hospitalisations involontaires [40]. En même temps, Rains et al. (2019), montrait que les taux d'incidence annuels de placement plus élevés étaient associés à une pauvreté absolue plus faible, à un produit intérieur brut et à des dépenses de santé par habitant plus élevés, et à une plus grande proportion de personnes nées à l'étranger [19]. Selon les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), en 2016, la Suisse remplissait tous ces critères [44].

#### Organisation des soins en santé mentale

Les variations au niveau national et international des taux de contrainte pourraient aussi être dues à l'organisation spécifique des services de santé mentale, à l'hétérogénéité des cultures institutionnelles et à l'approche locale des troubles mentaux. Plusieurs études ont tenté d'expliquer l'association entre l'offre de lits psychiatriques et le recours à l'admission sous contrainte, mais à ce jour ce lien reste peu clair [19, 42, 45, 46]. Dans le canton de Zurich, en 2007 il a été constaté qu'un nombre inférieur de lits était associé à un risque plus élevé d'admission involontaire [31]. Au contraire, dans le canton de Vaud, quatre ans plus tard, il a été montré que la région avec le taux d'hospitalisation involontaire le plus élevé avait également le deuxième plus grand nombre de lits psychiatriques pour 1'000 habitants du canton [23]. Aucun lien n'était observé entre les taux d'hospitalisation et les taux de PAFA : les cantons avec les taux les plus élevés d'hospitalisations psychiatriques ne coïncidaient pas nécessairement avec ceux qui enregistraient les taux les plus élevés de placements à des fins d'assistance [40].

La disponibilité et le développement non homogène d'interventions alternatives à l'hospitalisation [47], telles que les équipes de suivi intensif dans le milieu (Assertive Community Treatment teams – ACT) [48], les équipes mobiles d'intervention de crise (Crises Resolution Teams – CRTs) [49] et les équipes de Home Treatment (HT) [50, 51], ou d'outils efficaces pour réduire le recours à la contrainte, comme le Plan de crise conjoint [52], pourraient aussi expliquer en partie les différents taux d'hospitalisations involontaires enregistrés dans les cantons.

#### Caractéristiques des personnes concernées

De nombreuses études se sont intéressées aux caractéristiques des personnes concernées comme facteurs de risque de la contrainte et un large consensus a été atteint sur quel profil clinique serait associé à un risque plus élevé: un diagnostic de trouble mental tel que schizophrénie, trouble bipolaire ou trouble d'origine organique, un faible niveau d'insight et d'adhérence au traitement, un niveau élevé de symptômes psychotiques et d'agressivité, et des antécédents de traitement involontaire [18, 53-66]. Ces facteurs ont été aussi confirmés par plusieurs études scientifiques en Suisse [23, 24, 31, 34, 39, 67, 68]. Moins uniformes sont par contre les résultats sur le lien entre les caractéristiques sociodémographiques des personnes concernées et le recours à la contrainte. Bien que de nombreuses études indiquent que le fait



d'être un jeune homme, sans abri, sans emploi, avec une histoire de migration et un faible niveau d'instruction est associé à un risque plus élevé d'admission involontaire [18, 31, 41, 53, 54, 56, 59, 64, 66, 67, 69], plusieurs autres montrent des résultats opposés [39, 62, 70] ou ne trouvent aucune association [23, 57, 63, 65, 71].

L'hypothèse a également été avancée que, non seulement les caractéristiques des patients, mais aussi celles des professionnels, telles que l'âge, le sexe, l'origine professionnelle et le contexte de travail, ainsi que leurs attitudes à l'égard des mesures coercitives pourraient influencer leur disposition à décider de la contrainte et donc son taux d'utilisation [72, 73]. Récemment, une enquête a été menée dans quatre cantons de Suisse Romande (Vaud, Fribourg, Valais et Neuchâtel) afin d'explorer à l'aide de sept vignettes cliniques quelles caractéristiques individuelles et professionnelles des médecins étaient associées à l'utilisation de la contrainte dans diverses situations. Selon les résultats, le fait de décider d'une hospitalisation involontaire s'expliquait davantage par la situation clinique que les professionnels doivent évaluer que par leurs caractéristiques personnelles et professionnelles [74].

Malgré le grand nombre d'études, les raisons des variations intercantionales des taux de contrainte restent peu claires à ce jour. Le manque de données nationales de qualité fait que la plupart des études menées s'appuient sur des données cantonales ou même provenant d'une seule institution, ce qui entraîne des limites dans la généralisation des résultats obtenus. En outre, la quasi-totalité des recherches mentionnées ont été réalisées sur la base de données hospitalières de routine, qui, comme cela a déjà été souvent souligné [35, 40], manquent dans certains cas d'exhaustivité et de plausibilité. Dans de rares cas, des données plus détaillées ont été extraites directement des dossiers des patients, réduisant ainsi la taille de l'échantillon étudié pour des raisons évidentes de faisabilité. Enfin, il y a un manque d'études dans des contextes autres que l'hôpital psychiatrique, tels que les services hospitaliers somatiques, les établissements médico-sociaux (EMS), les autres institutions spécialisées : foyers psychiatriques, structures résidentielles pour le traitement des addictions ou le suivi des personnes avec un handicap et les établissements pour mineurs dans lesquels des mesures coercitives sont mise en œuvre mais pour lesquels des données ne sont pas disponibles.

## 7.5 Données manquantes actuellement au niveau Suisse

Actuellement, on ne dispose pas d'information, au plan national, sur les mesures coercitives suivantes :

- PAFA décidés par les APEA et les médecins et exécutés dans des institutions autres que les services hospitaliers et cliniques spécialisés en psychiatrie : services hospitaliers somatiques, établissements médico-sociaux (EMS), institutions spécialisées et établissements pour mineurs,
- Maintiens de personnes entrées de leur plein gré,
- Mesures ambulatoires,
- Placements pour mineurs,
- Mesures sécuritaires et disciplinaires.

En Suisse, des données sur les mesures limitatives de liberté sont récoltées, mais pas dans tous les établissements. L'ANQ procède à un relevé exhaustif dans toutes les cliniques suisses de psychiatrie stationnaire pour adultes, adolescents et enfants. Cependant, il n'existe pas de données pour les soins somatiques aigus, les EMS, les institutions spécialisées et les établissements pour mineurs.

Enfin, on ne dispose pas d'information, au niveau national, sur la mise en application des dispositions légales visant à garantir les droits des personnes concernées :

- Accès à une personne de confiance,
- Réalisation d'un plan de traitement,
- Tenue d'un entretien de sortie,
- Appels au juge et recours.



## **8. Résultats de l'enquête en ligne auprès des personnes « expertes » sur les données collectées relatives aux PAFA dans leurs cantons respectifs et sur leurs attentes en matière de statistiques nationales sur ces mesures**

### **8.1 Participants**

Les courriers adressés aux APEA, Autorités de surveillance, Offices des Médecins cantonaux et Départements de la santé et/ou des affaires sociales des 26 cantons ont permis d'identifier 64 « personnes expertes » pour la question des PAFA. Parmi elles, 46 ont complété l'enquête en ligne qui leur a été soumise. Ces personnes représentaient les 26 cantons.

Trois participants relevaient qu'ils avaient eu des difficultés à répondre aux questions, car ces dernières ne reflétaient pas forcément la pratique des PAFA dans leur environnement de travail ou parce que, de par leur fonction, ils/elles ne se sentaient pas compétents pour le faire.

La répartition des participant(e)s par canton et par domaine d'activité est rapportée dans le **Tableau 1**. Il est intéressant de relever que les réponses à l'enquête des participants d'un même canton pouvaient fortement différer. Dans les tableaux qui suivent, il a été convenu que lorsqu'au moins un répondant rapportait qu'un registre ou une base de données ou qu'un certain type de variable existait, cette information était mentionnée comme telle, même si une autre personne avait donné une information contradictoire. Des questions complémentaires adressées aux participants ont permis de clarifier la majorité des points litigieux. Compte tenu de la vision parfois limitée à leur champ d'activité de certains répondants, une réponse négative n'excluait pas forcément l'existence d'un registre, d'une base de données ou d'une variable.

Compte tenu de la participation d'une seule personne dans plusieurs cantons et de la facilité avec laquelle celle-ci pourrait être identifiée, il a été décidé de ne pas présenter les résultats par canton, ceci afin de garantir une certaine confidentialité aux répondants.



Tableau 1 : Participants à l'enquête en ligne : canton et domaine d'activité

Canton	APEA	Office du Médecin cantonal	Département en charge de la santé	Autre
Appenzell Rhodes Extérieures	1	-	1	-
Appenzell Rhodes Intérieures	1	-	-	-
Argovie	-	-	-	1 <sup>a</sup>
Bâle-Campagne	1	-	-	-
Bâle-Ville	1	-	1	2 <sup>b,c</sup>
Berne	1	1	-	-
Fribourg	1	-	-	1 <sup>c</sup>
Genève	1	-	-	-
Glaris	1	-	-	-
Grisons	2	1	-	-
Jura	1	-	-	-
Lucerne	3	-	-	1 <sup>c</sup>
Neuchâtel	1	-	-	-
Nidwald	-	-	1	-
Obwald	1	-	-	-
Saint-Gall	-	-	-	1 <sup>d</sup>
Schaffhouse	1	-	1	-
Schwyz	-	1	-	-
Soleure	2	-	-	-
Tessin	-	-	-	2 <sup>e,f</sup>
Thurgovie	4	-	-	1 <sup>g</sup>
Uri	1	-	-	-
Valais	1	1	-	-
Vaud	1	1	-	-
Zoug	1	-	-	-
Zurich	-	-	1	-

<sup>a</sup> Tribunal administratif (Verwaltungsgericht als Rechtsmittelinstanz gegen fürsorgerische Unterbringungen) <sup>b</sup> Tribunal des placements préventifs (Gericht für fürsorgerische Unterbringungen)  
<sup>c</sup> Établissement hospitalier (somatique/psychiatrique) <sup>d</sup> Département de l'intérieur - Bureau des affaires sociales - Surveillance administrative APEA (Departement des Innern Amt für Soziales administrative Aufsicht KESB / die 9 KESB im Kanton St.Gallen sind regional organisiert) <sup>e</sup> Chambre de recours dans le domaine des soins socio-psychiatriques (Commissione di ricorso in materia di assistenza sociopsichiatrica) <sup>f</sup> Chambre de protection de la Cour d'appel (Camera di protezione del Tribunale d'appello) <sup>g</sup> Tribunal supérieur (Obergericht, Aufsichtsinstanz der KESB)



## 8.2 Statistiques et données récoltées sur les PAFA et autres mesures coercitives dans les cantons suisses : vue générale

Le **Tableau 2** résume pour quelles mesures coercitives les répondants estimaient que leur canton récoltait des données. La définition des termes « registre » et « base de données » n'est pas définie sur le plan légal et il n'existe pas de recommandations claires à ce sujet. Par conséquent, il était très difficile de savoir si, pour les répondants, leurs cantons disposaient ou non d'un registre ou d'une base de données. Après vérification auprès des répondants, il apparaissait que ces derniers avaient répondu positivement dans des situations variables. Pour certains, les données transmises à la COPMA constituaient une base de données. Pour d'autres, il était fait référence à un registre structuré mis en place et tenu par des instances cantonales. Pour plus de détails à ce sujet, il faudra se rapporter à la partie « spécificités cantonales » qui figure plus loin dans le texte.

Les PAFA prononcés par l'APEA (art. 426 et 428 CC), les PAFA prononcés par un médecin (art. 426 et 429 CC), les mesures ambulatoires (art. 437 CC) et les maintiens de personnes entrées de leur plein gré (art. 427 CC) sont les quatre mesures pour lesquelles des données sont le plus fréquemment collectées. Des précisions sur le type de données récoltées pour chacune de ces mesures sont détaillées dans le **Tableau 3**. Il faut mentionner ici qu'il est possible que des cantons récoltent des informations sur certaines mesures, mais qu'ils ne tiennent pas de registre ou de base de données sur celles-ci. En effet, ces données sont souvent récoltées à des fins juridiques et non-statistiques. Elles sont, par exemple, collectées par l'APEA ou par l'Autorité de surveillance en cas d'appel au juge ou recours ou lors des réévaluations des mesures par ces instances.

Enfin, le fait que les cantons recensent ou non les appels au juge et les recours déposés contre les différentes mesures coercitives est résumé dans le **Tableau 4**.





**Tableau 2 : Mesures pour lesquelles des données sont récoltées dans les cantons suisses**

Canton	PAFA prononcés par l'APEA (art. 426 et 428 CC)	PAFA prononcés par un médecin (art. 426 et 429 CC)	Mesures ambulatoires (art. 437 CC)	Maintiens d'une personne entrée de son plein gré (art. 427 CC)	Autres mesures
Appenzell Rhodes Extérieures					
Appenzell Rhodes Intérieures					
Argovie					
Bâle-Campagne					
Bâle-Ville					a, b, c, d, e, f
Berne					a, b, c, d, e, f
Fribourg					a, b, c, d, e
Genève					
Glaris					?
Grisons					
Jura					
Lucerne					a, c, d
Neuchâtel					
Nidwald					
Obwald					
Saint-Gall					
Schaffhouse					
Schwyz					
Soleure					a, b, c, d
Tessin					
Thurgovie					a
Uri					
Valais					f
Vaud					
Zoug					
Zurich					a, b, c

<sup>a</sup> Traitements sans consentement (art. 434 CC) <sup>b</sup> Cas d'urgence (art. 435 CC) <sup>c</sup> Mesures limitatives de liberté (art. 438 CC) <sup>d</sup> Traitements sans consentement et cas d'urgence pour les personnes incapables de discernement hors mesures de PAFA (art. 378 et 379 CC) <sup>e</sup> Mesures limitatives de liberté pour les personnes incapables de discernement hors mesures de PAFA (art. 382 CC)

<sup>f</sup> Autres mesures (mesures disciplinaires, mesures sécuritaires)

 Données récoltées  
 Pas de données récoltées

**Tableau 3 : Type de données récoltées sur les PAFA prononcés par l'APEA (art. 426 et 428 CC), les PAFA prononcés par un médecin (art. 426 et 429 CC), les mesures ambulatoires (art. 437 CC) et les maintiens d'une personne entrée de son plein gré (art. 427 CC) dans les cantons suisses**

Canton	Personne concernée	Signalement et/ou décision	Mise en œuvre de la mesure	Levée de la mesure
Appenzell Rhodes Extérieures	PA			PA
Appenzell Rhodes Intérieures	PA		PA	PA
Argovie				
Bâle-Campagne	PA, MA et MT	PA, MA et MT	PA et MA	PA et MA
Bâle-Ville	PA, PM, MA et MT	MA et MT	PA, PM, MA et MT	PA, PM, MA et MT
Berne	PA	PA	PA	PA
Fribourg	PA, PM, MA et MT	PA, PM, MA et MT	PA, PM, MA et MT	PA, PM, MA et MT
Genève	PA	PA	PA	PA
Glaris	PA	PA		PA
Grisons	PA	PA		
Jura	PA, PM, MA et MT	MT	PA et PM	PA, PM, MA et MT
Lucerne	PA et MA	PA et MA	PA et MA	PA et MA
Neuchâtel				
Nidwald				
Obwald	PA et MA	PA et MA	PA et MA	PA et MA
Saint-Gall	PA	PA	PA	PA
Schaffhouse	PA, PM et MA	MA	PA	PA et MA
Schwyz	PM			
Soleure	PA, PM, MA et MT	MT	PA, PM, MA et MT	PA, PM, MA et MT
Tessin	PA			
Thurgovie	PA, PM et MA	PA	PA, PM et MA	PA et MA
Uri	PA			PA
Valais	PA et PM	PA et PM	PA	PA
Vaud	PA, PM, MA et MT	PA, PM, MA et MT	PA, PM et MA	PA, PM et MA
Zoug	PA	PA		
Zurich	PA, PM et MT		PA et MT	PA et PM

PA = PAFA prononcés par l'APEA (art. 426 et 428 CC) ; PM = PAFA prononcés par un médecin (art. 426 et 429 CC) ; MA = mesures ambulatoires (art. 437 CC) ; MT = maintiens d'une personne entrée de son plein gré (art. 427 CC)





 Données récoltées  
 Pas de données récoltées

Tableau 4 : Recours pour lesquels des données sont collectées dans les cantons suisses

Canton	Placements à des fins d'assistance (art. 426 CC)	Mesures ambulatoires (art. 437 CC)	Maintiens d'une personne entrée de son plein gré (art. 427 CC)	Placements de mineurs (art. 314b CC)	Autres mesures
Appenzell Rhodes Extérieures					
Appenzell Rhodes Intérieures					
Argovie					
Bâle-Campagne					
Bâle-Ville					a, b, c, d, e
Berne					
Fribourg					a, b, c, d, e
Genève					a, c, e
Glaris					c, e
Grisons					
Jura					
Lucerne					a, c
Neuchâtel					
Nidwald					
Obwald					c
Saint-Gall					
Schaffhouse					
Schwyz					
Soleure					a, c
Tessin					a, b, c, d, e
Thurgovie					a, b, c, d, e
Uri					
Valais					
Vaud					a, c
Zoug					
Zurich					

<sup>a</sup> Traitements sans consentement (art. 434 CC) <sup>b</sup> Cas d'urgence (art. 435 CC) <sup>c</sup> Mesures limitatives de liberté (art. 438 CC) <sup>d</sup> Traitements sans consentement et cas d'urgence pour les personnes incapables de discernement hors mesures de PAFA (art. 378 et 379 CC) <sup>e</sup> Mesures limitatives de liberté pour les personnes incapables de discernement hors mesures de PAFA (art. 382 CC)

 Données récoltées  
 Pas de données récoltées



### 8.3 Détails des données collectées pour chaque mesure coercitive

Dans ce chapitre, nous définirons comme suit la fréquence des données collectées :

- Variable très fréquemment collectée : variable collectée dans plus de 19 cantons
- Variable fréquemment collectée : variable collectée dans 11 à 19 cantons
- Variable rarement collectée : variable collectée dans 5 à 10 cantons
- Variable très rarement collectée : variable collectée dans moins de 5 cantons

Les informations relatives à ce point sont résumées dans le **Tableau 5**.

#### PAFA décidé par une APEA

En ce qui concerne les PAFA décidés par une APEA, seule la date de naissance, le genre, le domicile des personnes concernées ainsi que l'existence d'une curatelle sont très fréquemment récoltés.

Des informations sur la nationalité, l'état civil, le diagnostic dont souffre la personne concernée, l'existence d'un placement pour mineur ou d'une autre mesure telle que PAFA décidé par un médecin ou mesures ambulatoires au moment du signalement, la date du signalement et de la décision sont fréquemment collectées. En ce qui concerne la mise en œuvre de la mesure, le type d'établissement où elle doit être exécutée, les examens périodiques, les appels au juge et recours sont également fréquemment relevés. Pour ce qui est de la levée de la mesure, la date de la décision, l'autorité responsable, le motif de la levée et la mise en place de mesures ambulatoires sont aussi fréquemment relevés.

Un code d'identification personnel, le lieu de naissance de la personne concernée et le type de lieu de vie sont des données rarement collectées, tout comme le type de signalant, les motifs, buts et objectifs de la mesure, l'éventuelle dangerosité de la personne concernée, l'existence d'une personne de confiance, d'un plan de traitement, les transferts et la mise en œuvre d'une expertise médicale ainsi que l'orientation en termes de soins au terme de la mesure.

Des informations sur la profession de la personne concernée et l'existence d'un entretien de sortie sont très rarement collectées.

#### PAFA décidés par un médecin

En ce qui concerne les PAFA décidés par des médecins, les informations suivantes sont rarement collectées : la date de naissance de la personne concernée, son genre, son domicile, le type d'établissement où la mesure est exécutée, la date de la levée de la mesure et l'autorité responsable de celle-ci.

Un code d'identification personnel, le lieu de naissance de la personne concernée, le type de lieu de vie, son état civil, sa nationalité, sa profession, son diagnostic, l'existence d'une autre mesure de protection antérieure à la décision, sont très rarement collectés, tout comme les détails sur le signalement, la mise en œuvre et la levée de la mesure.

#### Maintiens de personnes entrées de leur plein gré

Dans le cadre du maintien d'une personne entrée de son plein gré, la date de naissance de la personne concernée, son genre, son lieu de domicile et la date de la décision sont des données rarement collectées. Des informations complémentaires sur la personne concernée, sur la décision, la mise en œuvre et la levée de la mesure sont très rarement récoltées.

#### Mesures ambulatoires

Pour ce qui est des mesures ambulatoires, des données sont rarement collectées sur la date de naissance de la personne concernée, son genre, son lieu de domicile, son lieu de vie, sa nationalité, son état civil et l'existence d'une curatelle ou d'autres mesures de protection. Rarement, des informations sont également récoltées sur le signalant, la date du signalement et celle de la décision, l'autorité responsable de la décision, tout comme sur le médecin responsable des mesures, leur contenu, leur durée prévue, l'existence d'une personne de confiance, les examens périodiques, les éventuels appels au juge et recours, les PAFA au cours des mesures, la date de la levée, l'autorité responsable de celle-ci et le motif de la levée.

Les cantons collectent très rarement des informations sur le lieu de naissance de la personne concernée, sa profession, son diagnostic, le motif de la mise sous mesures ambulatoires,





l'éventuelle dangerosité de la personne concernée, l'existence d'une expertise médicale, les hospitalisations volontaires ayant lieu durant les mesures ambulatoires.

#### Conclusion

Si la majorité des cantons collectent des informations sur les PAFA décidés par l'APEA, seule une minorité d'entre eux s'intéressent aux autres mesures précitées. Les cantons de BS, FR, JU, SH, SO, SZ, TG, VS, VD et ZH rassemblent des informations sur les PAFA décidés par les médecins, BL, BS, FR, JU, SO, VD, ZH sur les maintiens de personnes entrées volontairement, BL, BS, FR, JU, LU, OW, SH, SO, TG, VD sur les mesures ambulatoires.

Les données collectées pour les autres mesures coercitives civiles ne sont pas détaillées ici, car très peu de cantons s'y intéressent.

**Tableau 5 : Nombre de cantons qui collectent les différents types de données pour chaque mesure coercitive**

Type de données		PA	PM	MT	MA
Personne concernée	Code d'identification personnel	7	4	4	6
	Date de naissance	22	9	7	10
	Lieu de naissance	9	3	2	2
	Genre	20	10	7	10
	Domicile	22	10	7	10
	Lieu de vie	10	3	4	7
	État civil	15	3	3	5
	Nationalité	19	4	3	7
	Profession	3	2	2	1
	Diagnostic	13	3	3	4
	Personne de confiance	9	3	2	5
	Placement de mineur	16	2	-	-
	Curatelle	21	4	4	10
	Autre mesure/Mesure ambulatoire en cours	12	3	4	8
	Autre	1	2	1	0
Signalement/Décision	Signalant	10	2	-	6
	Date du signalement/de l'évaluation	13	2	-	7
	Heure de l'évaluation	-	2	-	-
	Contexte de l'évaluation	-	2	-	-
	Date de la décision	12	3	6	7
	Heure de la décision	-	-	4	-
	Autorité responsable de la décision	-	-	-	6
	Motif de la mesure	7	2	-	4
	Personne déjà sous PAFA	-	-	-	6
	Dangerosité de la personne	6	2	3	4
	Expertise médicale	7	-	-	3
	But de la mesure	6	0	3	-
	Spécialité du médecin	-	1	-	-
	Autre	0	1	0	0
	Mise en œuvre	Type d'établissement/Médecin responsable	15	6	4
Confirmation de la mesure		-	4	-	-
Contenu de la mesure		-	-	-	6
Examen périodique		15	-	-	7
Durée prévue de la mesure		7	2	-	6
Appel/Recours		11	4	3	7
Personne de confiance		5	2	-	-
Plan de traitement		5	2	-	-
Transfert		10	3	2	-
Hospitalisation volontaire		-	-	-	2
Hospitalisation sous PAFA		-	-	-	7
Autre		1	1	0	1
Levée	Date de la levée	19	6	4	10
	Autorité responsable de la levée	15	5	-	8
	Demande de prolongation	-	4	-	-
	Motif de la levée	11	2	2	5
	Entretien de sortie	2	1	-	-
	Prise en charge à la sortie	6	2	-	-
	Mesure ambulatoire à la sortie	13	3	-	-
	Autre	0	0	0	0

PA = PAFA prononcés par l'APEA (art. 426 et 428 CC) ; PM = PAFA prononcés par un médecin (art. 426 et 429 CC) ; MA = mesures ambulatoires (art. 437 CC) ; MT = maintiens d'une personne entrée de son plein gré (art. 427 CC)

très fréquemment collectée    
  rarement collectée    
  Pas applicable  
 fréquemment collectée    
  très rarement collectée



## **8.4 Données actuellement collectées sur les PAFA et autres mesures coercitives en Suisse : spécificités des 26 cantons**

Cette rubrique décrit plus en détails les pratiques spécifiques relatives à la collecte des données qui nous ont été rapportées dans chacun des cantons par les personnes qui ont répondu à l'enquête en ligne. Elle illustre les grandes disparités entre cantons dans les procédures, le relevé des données et le traitement de celles-ci. En outre, il est à relever qu'il a parfois été très difficile de reconstruire certaines procédures compte tenu du fractionnement de l'information que nous avons réussi à obtenir et ce, malgré la grande disponibilité des répondants et leur excellente collaboration.

Nous ne traiterons pas ici des dispositions légales spécifiques à chaque canton. A ce sujet, on peut se référer au rapport réalisé par le Prof. Philippe Meier dans le cadre des Assises PAFA vaudoises de 2015 [3].

### **1. Appenzell Rhodes Extérieures (AR)**

Dans le canton d'AR, des données sont collectées sur les PAFA décidés par les APEA et sur les recours contre ces mesures, ainsi que contre les placements de mineurs. Le nombre de PAFA décidés par les APEA en cours au 31.12 est relevé chaque année. Des données sur les PAFA décidés, levés, annulés pourraient être fournies par le canton si nécessaire.

Avant la révision de la Loi sur l'introduction du Code civil suisse (Gesetz über die Einführung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches - EG ZGB) du 01.01.2019, les médecins étaient tenus d'annoncer leurs décisions de PAFA à l'APEA. Cependant, seule une partie de ces mesures étaient effectivement déclarées. En outre, des accords avec les établissements hospitaliers d'autres cantons rendaient la collecte de données sur les PAFA et le suivi de ces mesures difficiles. Par conséquent, le canton a décidé de renoncer à cette exigence. On estime maintenant que c'est du ressort des établissements hospitaliers qui accueillent des patients sous PAFA d'enregistrer les cas. Les PAFA décidés par des médecins représentent la grande majorité des mesures. Ils sont généralement prononcés dans les cas d'urgence. L'APEA est sollicitée lorsqu'il s'agit de prolonger la mesure au-delà du délai légal de six semaines. Les PAFA prononcés en première instance par l'APEA sont exceptionnels.

Une copie du formulaire que le médecin remplit au moment de décider d'un PAFA continue à être remis à la personne concernée et à l'institution qui accueille cette dernière. Si la personne concernée le souhaite une copie est également remise à un proche et lorsque celle-ci doit intervenir, à la police. Ce formulaire sert à des fins légales, notamment pour rappeler ses droits à la personne concernée ou en cas d'appel au juge, mais non à des fins statistiques.

### **2. Appenzell Rhodes Intérieures (AI)**

Dans le canton d'AI, seules les données sur les PAFA décidés par l'APEA sont collectées. Les données saisies sont transmises à la COPMA pour qu'elle établisse des statistiques.

Un formulaire pour les PAFA décidés par les médecins existe. Celui-ci est transmis à la personne concernée pour l'informer de son droit de recours, à l'institution qui accueille celle-ci, à un proche, avec l'accord de la personne concernée, et à la police en cas d'intervention de celle-ci. L'APEA reçoit également une copie du formulaire, mais ne l'utilise pas à des fins statistiques.

### **3. Argovie (AG)**

En Argovie, seuls les recours contre les PAFA sont enregistrés. Toutefois, aucune statistique n'est émise.

Dans le canton d'AG, il existe des formulaires pour les décisions médicales de PAFA, les mesures ambulatoires (signalement et suivi) et les maintiens de personnes entrées de leur plein gré en milieu psychiatrique. Le fait que des statistiques soient produites sur cette base n'a pas pu être établi.



#### **4. Bâle-Campagne (BL)**

Dans le canton de BL, des données sont collectées sur les PAFA décidés par les APEA, les mesures ambulatoires, les maintiens de personnes entrées de leur plein gré et les placements de mineurs. L'APEA transmet les données saisies sur les PAFA, les mesures ambulatoires et les placements de mineurs à la COPMA et à la Direction de la sécurité (Sicherheitsdirektion - SID) du canton. Le Secrétariat général de celle-ci publie des statistiques [75]. En revanche, les informations sur les maintiens sont collectées par les établissements psychiatriques.

L'APEA reçoit également un certificat médical (formulaire édité par l'APEA) de la part des médecins qui estiment qu'une mesure de PAFA est nécessaire dans les cas d'urgence. Comme mentionné plus haut, le cadre légal du canton de BL ne permet pas à un médecin seul de prononcer un PAFA. Toutes les mesures doivent être confirmées par l'APEA. En cas d'appel au juge, ce document est transmis au Tribunal Cantonal avec le dossier de la personne concernée.

#### **5. Bâle-Ville (BS)**

Dans le canton de BS, des données sont récoltées sur les PAFA, les mesures ambulatoires, les maintiens de personnes entrées de leur plein gré, les traitements sans consentement, les cas d'urgence, les mesures limitatives de liberté, les placements de mineurs, les mesures sécuritaires et disciplinaires, ainsi que sur les appels au juge et recours contre toutes ces mesures. L'APEA a édité un formulaire pour les maintiens de personnes entrées de leur plein gré à l'attention des établissements concernés.

L'APEA enregistre dans son système les PAFA prononcés par l'APEA et les prolongations de PAFA par l'APEA des mesures décidées par les médecins conseils (Amtärzten) qui dépassent le délai légal de six semaines, les mesures ambulatoires et les placements pour mineurs. Le Tribunal pour les PAFA du canton de BS est l'instance de recours. Il tient une statistique sur les recours et les plaintes. A noter que la Cour d'appel du canton gère les plaintes pour les placements de mineurs.

Les PAFA prononcés par des médecins conseil (Amtärzten) travaillant pour le Service de la médecine sociale du Département de la santé sont enregistrés par ce dernier. Le formulaire qui doit être rempli est réservé aux médecins concernés. Le Service de la médecine sociale enregistre les informations récoltées dans son propre logiciel.

Une partie des données mentionnées ci-dessus figurent dans le rapport annuel cantonal [76].

La Clinique psychiatrique universitaire de Bâle récolte des données sur les PAFA prononcés par des médecins, les mesures ambulatoires, les maintiens de personnes entrées de leur plein gré, les traitements sans consentement, les mesures limitatives de liberté, les cas d'urgence et les mesures sécuritaires.

#### **6. Berne (BE)**

Dans le canton de BE, des données sont récoltées sur les PAFA décidés par les APEA et les recours contre ces mesures. Des informations sont également collectées pour les traitements sans consentement, les cas d'urgence, les mesures limitatives de liberté, les placements de mineurs et les autres mesures sécuritaires et disciplinaires. Il ne semble toutefois pas exister de registre ou de base de données structurée. Des statistiques sont produites pour un usage interne par les APEA, mais ne sont pas diffusées. Certaines données sont transmises à la COPMA.

Les APEA du canton de BE a émis des formulaires qui doivent lui être retournés par les médecins qui prononcent des PAFA ou qui décident de maintenir en institution des personnes entrées de leur plein gré. Ces documents, également remis à la personne concernée et à l'établissement qui la reçoit, ont d'abord pour but de garantir les droits de la personne concernée et ne sont pas utilisés à des fins statistiques.



## **7. Fribourg (FR)**

Dans le canton de FR, des données sont récoltées sur les PAFA, les mesures ambulatoires, les maintiens de personnes entrées volontairement, les traitements sans consentement, les cas d'urgence, les mesures limitatives de liberté, les placements de mineurs et les mesures sécuritaires et disciplinaires, ainsi que sur les appels au juge et recours contre toutes ces mesures. Le Réseau fribourgeois de santé mentale dispose d'un logiciel dans lequel toutes ces données sont collectées de manière détaillée. Des statistiques sont produites à usage interne.

Les 7 justices de paix du canton ont leur propre base de données (Tribuna) et sont seules à y avoir accès. Des statistiques sur les mesures précitées et les recours sont adressées au Conseil de la Magistrature fribourgeois (Autorité de surveillance), puis transmises au pouvoir politique et à la COPMA.

Il existe un formulaire à l'attention des médecins qui décident des PAFA. Ce document est remis à la personne concernée, à son représentant, éventuellement à un proche, à l'établissement qui reçoit la personne concernée et à l'APEA. Ce document n'est pas utilisé à des fins statistiques, mais sert en cas d'appel au juge. Il existe également des formulaires pour les maintiens de personnes entrées de leur plein gré.

## **8. Genève (GE)**

Dans le canton de GE, les PAFA, les mesures ambulatoires et les placements de mineurs, ainsi que les appels au juge et recours contre les décisions de PAFA, de mesures ambulatoires, de maintiens de personnes entrées de leur plein gré, de traitements sans consentement, de mesures limitatives de liberté et de placements de mineurs sont enregistrés. En ce qui concerne les appels au juge et recours, il n'est pas possible de spécifier, sans recourir au dossier de la personne concernée, contre quelle mesure on a recours. Seules des informations plus détaillées sur les PAFA décidés par l'APEA sont collectées.

Le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (TPAE) enregistre les PAFA décidés par l'APEA, les mesures ambulatoires et les placements de mineurs dans son système interne dénommé « DM Web ». Le TPAE ne tient pas de statistiques sur les mesures ou sur les recours. Il existe un projet interne en cours qui vise à améliorer la précision des données saisies. Par exemple, il est actuellement impossible de savoir contre quelle mesure spécifique un appel au juge ou un recours a été déposé.

Il existe également des formulaires que les médecins doivent remplir lorsqu'ils décident d'un PAFA ou d'un maintien d'une personne entrée de son plein gré. Ces documents sont utilisés à des fins d'appel au juge et non pour des statistiques.

## **9. Glaris (GL)**

Dans le canton de GL, seules des données sur les PAFA décidés par l'APEA sont collectées, ainsi que sur les appels au juge et recours contre les PAFA, les mesures ambulatoires, les mesures limitatives de liberté et les placements de mineurs.

## **10. Grisons (GR)**

Dans le canton de GR, des données sur les PAFA décidés par l'APEA et les placements de mineurs sont collectées, ainsi que sur les recours contre ces mesures. Les informations récoltées sont transmises à la COPMA, mais servent également pour l'établissement du plan de financement cantonal [77].

Il existe des formulaires pour les PAFA décidés par l'APEA et par les médecins. Pour les formulaires concernant des mesures décidées par l'APEA, il s'agit plutôt de modèles. Les formulaires pour les décisions de PAFA décidés par des médecins sont remis à la personne concernée et des copies sont adressées à l'établissement qui accueille cette dernière et à l'APEA qui l'utilise en cas d'appel au juge.



### **11. Jura (JU)**

Dans le canton du JU, des données sont collectées sur les PAFA, les mesures ambulatoires, les maintiens de personnes entrées de leur plein gré, les appels au juge et les recours contre les décisions de PAFA, de mesures ambulatoires, de maintiens et de placements de mineurs sont enregistrés. Le canton transmet les données collectées à la COPMA, mais ne tient pas ses propres statistiques.

Il existe un formulaire que les médecins qui prononcent un PAFA doivent remplir. Ce dernier est remis à l'établissement qui accueille cette dernière et à l'APEA. Toutefois, l'APEA n'enregistre pas de données relatives à ces décisions.

### **12. Lucerne (LU)**

Dans le canton de LU, des informations détaillées sont collectées sur les PAFA décidés par les APEA, les mesures ambulatoires, les traitements sans consentement, les mesures limitatives de liberté dans le cadre de PAFA et les placements de mineurs sont collectées. En outre, les appels au juge et les recours contre les PAFA, les mesures ambulatoires, les traitements sans consentement et les mesures limitatives de liberté dans le cadre de PAFA et les placements de mineurs sont également enregistrés.

Les données sont transmises à la COPMA, mais aussi à la Conférence des Présidents de l'APEA du canton de Lucerne pour les PAFA. L'autorité de surveillance (die Aufsichtsstelle, Amt für Gemeinden) centralise les informations pour le canton.

Il existe des formulaires pour les PAFA et les maintiens de personnes entrées de leur plein gré décidés par les médecins. Ces documents sont remis aux personnes concernées et, pour les PAFA, à l'établissement qui l'accueille.

### **13. Neuchâtel (NE)**

Le canton de NE ne collecte pas de données et par conséquent ne tient pas de statistiques. En revanche, le Centre neuchâtelois de psychiatrie a prévu des formulaires pour les PAFA décidés par un médecin, les appels au juge contre ces mesures, les traitements sans consentement et les maintiens de personnes entrées volontairement. Ces documents sont remis à la personne concernée et aux autres parties, ainsi qu'à l'APEA. Cette dernière n'utilise les documents transmis qu'en cas d'appel au juge.

### **14. Nidwald (NW)**

Le canton de NW ne collecte pas de données sur les mesures coercitives discutées dans ce rapport. Il existe toutefois un formulaire que les médecins qui décident d'un PAFA doivent remplir et remettre à la personne concernée, à l'établissement qui l'accueille, à la personne de confiance et à l'APEA, ceci à des fins légales.

### **15. Obwald (OW)**

Dans le canton d'OW, des données sont collectées sur les PAFA décidés par l'APEA, les mesures ambulatoires et les placements de mineurs, ainsi que sur les recours contre les décisions de PAFA, de mesures ambulatoires, de mesures limitatives de libertés dans le cadre de PAFA et de placements de mineurs.

Pour les maintiens, l'information est transmise à l'APEA par l'établissement en cas de demande de prolongation de la mesure. Si le canton transmet les données demandées à la COPMA, il ne publie pas de statistiques, mais pourrait le faire si nécessaire. La Cour suprême (Obergericht) tient des statistiques sur les appels au juge et les recours [78].



Il existe un formulaire qui doit être rempli par les médecins qui prononcent des PAFA. Le document est remis à la personne concernée, à sa personne de confiance, éventuellement à un proche, à l'établissement qui accueille la personne concernée et à l'APEA. Ce document est utilisé à des fins légales, mais non statistiques.

#### **16. Saint-Gall (SG)**

Des informations sont collectées sur les PAFA décidés par l'APEA et les placements de mineurs. Le canton ne tient pas de statistiques.

Il existe des formulaires qui doivent être remplis par les médecins qui prononcent des PAFA. Le document est remis à la personne concernée, à l'établissement qui l'accueille et, si possible, à un proche de la personne concernée.

#### **17. Schaffhouse (SH)**

Dans le canton de SH, l'APEA collecte des données sur les PAFA et les mesures ambulatoires. La Haute Cour du canton publie des statistiques sur ces mesures dans son rapport annuel [79].

Il existe des formulaires pour les médecins qui décident des PAFA. Ce document doit être remis à la personne concernée, à l'établissement qui l'accueille, éventuellement à un proche et à l'APEA. Cette dernière utilise ce document pour garantir le suivi des mesures, mais non à des fins statistiques.

L'Office de la santé enregistre les PAFA où la police est impliquée et tient une statistique annuelle qui n'est pas publiée.

#### **18. Schwyz (SZ)**

Seules des données sur les PAFA décidés par des médecins sont collectées dans le canton de SZ. Pour ce faire, il existe un formulaire que les médecins doivent remplir. Ces documents sont remis à la personne concernée, à un proche, à l'établissement qui accueille la personne concernée, à l'APEA et à l'Office du Médecin cantonal (OMC). L'OMC produit des statistiques à usage interne.

#### **19. Soleure (SO)**

Dans le canton de SO, des données sont collectées sur les PAFA, les mesures ambulatoires, les maintiens de personnes entrées de leur plein gré, les cas d'urgence, les traitements sans consentement, les mesures limitatives de liberté dans le cadre de PAFA et les placements de mineurs. Des données sur les recours contre les décisions de PAFA, de mesures ambulatoires, de maintiens de personnes entrées de leur plein gré, les traitements sans consentement et les mesures limitatives de liberté dans le cadre de PAFA et les placements de mineurs sont également collectées.

Des dispositions légales (art. 122 et 124 de la EG ZGB) [80] prévoient l'obligation d'annoncer certaines mesures à l'APEA. Cette dernière tient un registre des placements et maintiens de personnes entrées de leur plein gré. L'APEA produit des statistiques, mais qui sont réservées à un usage interne. Des données peuvent également être transmises à l'autorité de surveillance et dans le cadre des collaborations avec la direction de l'hôpital.

Des formulaires doivent être remplis lors des décisions de PAFA par l'APEA et par les médecins, de maintiens de personnes entrées de leur plein gré et de demandes à l'APEA de prolongation pour ces mesures. Le document est remis à la personne concernée, avec éventuellement copie à un proche. Une copie des documents remplis par les médecins doit également être envoyée à l'APEA. Ces formulaires sont utilisés à des fins légales, mais également statistiques. En outre, bien qu'il n'existe pas de formulaire, les mesures ambulatoires doivent également être annoncées à l'APEA.





Les données sur les traitements sans consentement et les données sur les mesures limitatives de liberté dans les cliniques psychiatriques sont enregistrées par ces établissements et l'APEA. Les données relatives aux mesures limitatives de liberté en dehors des établissements gérés médicalement, tels que les maisons de retraite, etc. sont enregistrées par ces établissements. L'APEA ne sait pas si les urgences (art. 435 du code civil suisse) ou les situations au sens des art. 378 et 379 sont enregistrées dans les institutions qui exécutent ces mesures.

Dans le canton de SO, seules les autorités qui ordonnent ou exécutent les mesures concernées ont accès aux données. Font exceptions à cette règle les traitements sans consentement (art. 434 CC) et les mesures limitatives de liberté (art. 438 CC), dans le sens où elles sont effectuées dans des établissements psychiatriques cantonaux. Ces données sont envoyées au APEA par les institutions chargées de leur mise en œuvre.

Des statistiques sont établies sur les placements à l'aide sociale, les mesures ambulatoires, les maintiens de personnes entrées de leur plein gré, les placements de mineurs dans des institutions fermées ou des cliniques psychiatriques.

## **20. Tessin (TI)**

Il a été rapporté que dans le canton du TI, seules des informations sur les PAFA décidés par l'APEA et les placements de mineurs sont collectées. En outre, les appels au juge et les recours contre les PAFA, les mesures ambulatoires, les maintiens de personnes entrées de leur plein gré, les traitements sans consentement, les cas d'urgence, les mesures limitatives de liberté et les placements de mineurs sont enregistrés.

Il existe également des formulaires pour les PAFA prononcés par des médecins et sur les mesures ambulatoires. Ces formulaires sont adressés aux personnes concernées et aux professionnels qui assurent leur suivi. Ils ont essentiellement un but d'information sur les mesures mises en place et les voies de recours. Ils ne servent pas à des fins statistiques.

## **21. Thurgovie (TG)**

Dans le canton de TG, des données sont collectées sur les PAFA décidés par les APEA et les médecins, les mesures ambulatoires, les traitements sans consentement et les placements de mineurs, ainsi que sur les appels au juges et recours contre les mesures suivantes : PAFA, mesures ambulatoires, maintiens de personnes entrées de leur plein gré, traitements sans consentement, cas d'urgence, mesures limitatives dans et hors PAFA et placements de mineurs.

Des formulaires existent pour les PAFA décidés par des médecins et pour les maintiens de personnes entrées de leur plein gré. Ces formulaires sont destinés à l'APEA concernée et à l'établissement qui accueille la personne. Les informations servent aussi bien à des fins légales que statistiques. Les données sont adressées à la COPMA, mais aussi à la Haute Cour qui est l'Autorité de surveillance cantonale. Des données figurent dans son rapport annuel (Rechenschaftsbericht des Obergerichts) [81]. En ce qui concerne les données collectées sur les PAFA décidés par les médecins, celles-ci ne sont utilisées par l'APEA que lors d'une demande de prolongation de la mesure ou en cas d'appel au juge.

## **22. Uri (UR)**

Des données sont récoltées sur les PAFA décidés par les APEA et les recours contre ces mesures ainsi que contre les décisions de maintien. Le canton ne tient toutefois pas de registre sur ces mesures. L'Autorité de surveillance du canton fait toutefois figurer des statistiques relatives aux APEA dans son rapport annuel, mais ce document n'est pas publié.

Des formulaires existent pour les PAFA décidés par des médecins. Le document est remis à la personne concernée, éventuellement à un proche, à l'établissement qui accueille la personne concernée et à l'APEA. Ce document est utilisé à des fins légales.





### **23. Valais (VS)**

Dans le canton du VS, des données sont collectées sur les PAFA décidés par les APEA et par les médecins et sur les mesures sécuritaires et disciplinaires. Le canton ne tient toutefois pas de statistiques sur ces mesures coercitives.

Des formulaires existent pour les PAFA décidés par les médecins, ainsi que pour les maintiens de personnes entrées de leur plein gré. Ces documents sont remis à la personne et aux professionnels concernés. Ils n'ont pas d'usage statistique, mais permettent de renseigner la personne concernée et les autorités judiciaires en cas d'appel au juge ou de recours, ainsi que pour les réévaluations des mesures.

En ce qui concerne les PAFA décidés par l'APEA, il s'agit des décisions rendues et qui sont transmises aux parties concernées. Il ne s'agit pas de documents pouvant être utilisés à des fins statistiques.

### **24. Vaud (VD)**

Dans le canton de VD, des informations sur les PAFA décidés par les APEA et les médecins, les mesures ambulatoires, les maintiens de personnes entrées de leur plein gré et les placements de mineurs, tout comme sur les appels au juge et recours contre ces mesures, les traitements sans consentement et les mesures limitatives de liberté dans les PAFA sont collectées. Les PAFA décidés par les APEA et les médecins, les mesures ambulatoires et les maintiens de personnes entrées de leur plein gré et les placements de mineurs sont enregistrés dans le registre cantonal des mesures de protection.

Des formulaires existent pour les PAFA décidés par les médecins et les maintiens de personnes entrées de leur plein gré. Ces formulaires sont remplis par les médecins et doivent être adressés à l'Office du médecin cantonal (OMC), après avoir été remis à la personne concernée et, pour les PAFA, à l'établissement qui l'accueille.

Le registre cantonal des mesures de protection est tenu par l'Ordre judiciaire vaudois (OJV). Il est alimenté pour les mesures décidées par des médecins (PAFA et maintiens) par l'OMC et, pour les autres mesures, par l'OJV. Une partie des données collectées sont transmises à la COPMA. L'OMC réalise en outre des statistiques détaillées à usage interne et à l'attention de l'OJV.

### **25. Zoug (ZG)**

Dans le canton de ZG, des données sont collectées sur les PAFA décidés par les APEA et les placements de mineurs, ainsi que sur les appels au juge et recours contre les PAFA et les mesures ambulatoires. L'APEA publie certaines données dans le rapport annuel cantonal [82].

Il existe des formulaires pour les PAFA décidés par les médecins. Ces documents sont remis à la personne concernée avec copie à l'établissement qui l'accueille, à l'APEA et, éventuellement, à un proche. L'APEA vérifie que le cadre légal (en cas de demande de prolongation à l'APEA au terme du délai légal d'un placement prononcé par un médecin) est respecté, mais ne réalise pas de statistiques détaillées.

### **26. Zurich (ZH)**

Dans le canton de ZH, des données sont collectées sur les PAFA décidés par les APEA et les médecins, les maintiens de personnes entrées de leur plein gré, les traitements sans consentement, les cas d'urgence et mesures limitatives de libertés dans le cadre de PAFA et les placements de mineurs.

Il existe un formulaire que les médecins qui décident d'un PAFA doivent remplir. Ce dernier est remis à la personne concernée avec copie à l'établissement qui l'accueille et, éventuellement à un proche. Le Département de la santé collecte une fois par an auprès des hôpitaux avec un mandat de prestations pour les soins psychiatriques les informations sur les PAFA, la durée de

ces derniers et le motif et les raisons du besoin de soins. A partir de 2021, le canton a mis en place une obligation d'annoncer les informations portant sur le domaine d'activité (ambulatoire ou hospitalier) et la spécialité des médecins qui prononcent des mesures. Jusqu'en 2020, ceci se faisait sur une base volontaire. Des statistiques basées sur les informations collectées sur les PAFA sont communiquées uniquement aux institutions politiques cantonales sur demande, compte tenu du caractère sensible de ces données.

### 8.5 Attentes des cantons en matière de statistiques nationales sur les PAFA et autres mesures coercitives.

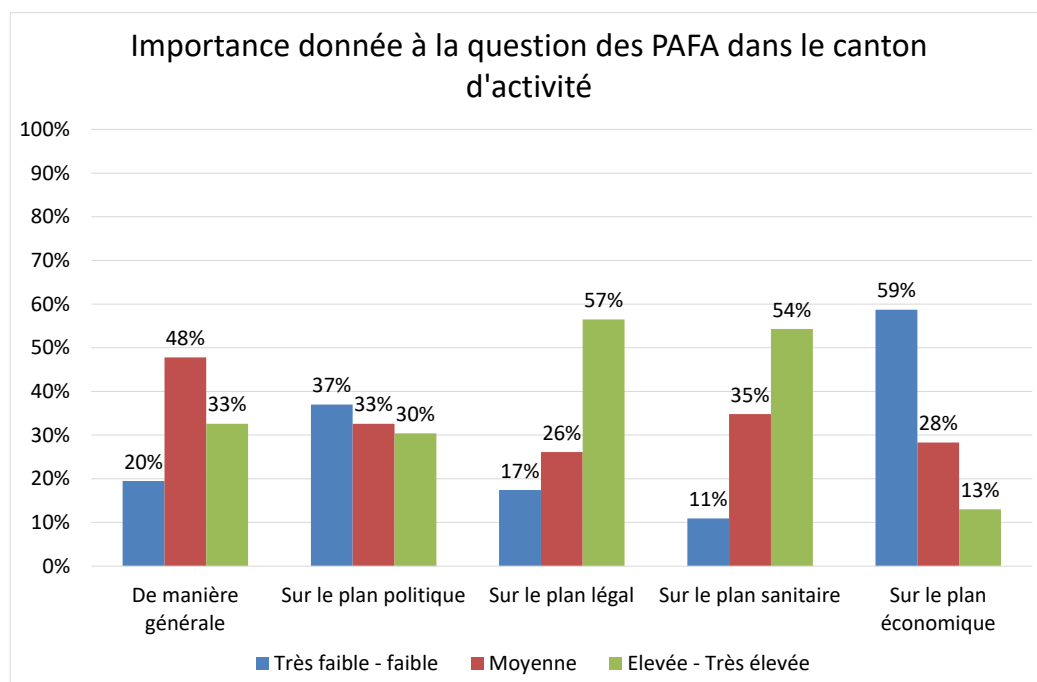
Une partie de l'enquête en ligne menée auprès des « personnes expertes » des différents cantons portait également sur les attentes de ceux-ci quant à des statistiques nationales sur les PAFA et autres mesures coercitives. Il était demandé aux participants de répondre à des questions fermées ou à choix multiples. Pour chaque question, les participants avaient la possibilité de commenter leur réponse.

L'ensemble des réponses a été pris en compte. En effet, s'agissant d'avis et de représentations personnelles, il n'était pas possible de définir une réponse unique pour chaque canton lorsque plusieurs personnes travaillant dans ce dernier avaient participé à l'enquête.

#### 8.5.1 Importance donnée à la question des PAFA dans le canton d'activité

« Quel est, à votre avis, l'importance donnée à la question des PAFA dans votre canton d'activité ? »

A cette question, les réponses des 46 participants se répartissaient comme suit :



#### 8.5.2 Intérêt au niveau cantonal à avoir des statistiques nationales sur les PAFA

A la question : « Dans votre canton d'activité, y aurait-il, à votre avis, un intérêt à avoir des statistiques nationales sur les PAFA ? », 24 participants ont répondu « oui » et 22 « non ».



Selon les 46 personnes ayant répondu à l'enquête, le niveau de motivation de leur canton d'activité à collaborer à la production de statistiques nationales sur les PAFA se répartissait de la manière suivante :

Niveau de motivation	N=46
Très faible	5 (10.9%)
Faible	14 (30.4%)
Moyen	15 (32.6%)
Élevé	9 (19.6%)
Très élevé	3 (6.5%)

#### Arguments en faveur de la production de statistiques nationales sur les PAFA

Plusieurs répondants relèvent qu'en termes de santé publique, des statistiques nationales sur les PAFA seraient intéressantes. Elles permettraient d'obtenir des renseignements sur l'état de santé des populations, d'avoir des précisions sur la charge que les personnes concernées par ces mesures fait peser sur le système de soins. En outre, les comparaisons intercantionales rendues possibles par ces statistiques permettraient d'examiner et de mieux comprendre les facteurs influençant le recours à la contrainte au niveau national, ce qui pourrait optimiser l'utilisation de telles mesures en Suisse.

Sur le plan légal, les répondants verraient une possibilité, grâce aux données collectées sur les PAFA et autres mesures de contraindre, d'améliorer le suivi de ces mesures et, par conséquent, de proposer un meilleur encadrement des pratiques et de renforcer le respect des droits des personnes concernées, en rappelant de manière plus systématique les voies de recours, en garantissant le respect des délais légaux, en favorisant l'accès à une personne de confiance et en assurant la prise en compte et la mise en application des directives anticipées et du plan de traitement lorsqu'ils existent. Le fait de devoir rendre des données standardisées pourrait également amener les cantons à uniformiser leurs pratiques.

Ces chiffres permettraient également d'identifier les ressources nécessaires pour la mise en œuvre et le suivi des mesures tant au niveau des APEA que des Autorités de surveillance et des systèmes de santé. Les situations de personnes nécessitant de multiples mesures coercitives pourraient également être identifiées et leur suivi adapté.

D'une manière plus générale, à travers des données publiées transparentes, le développement d'un outil commun, une uniformisation des pratiques et les comparaisons rendues possibles entre les cantons, plusieurs répondants verraient la production de statistiques nationales sur les PAFA et les autres mesures coercitives comme un moyen d'améliorer la qualité des prestations offertes aux personnes concernées et de leur suivi.

#### Arguments contre la production de statistiques nationales sur les PAFA

Comme mentionné plus haut, plusieurs répondants relèvent le manque de ressources de leur canton pour collaborer à la production de statistiques nationales sur les PAFA. Plusieurs personnes interrogées estiment que le travail de la COPMA sur la question des PAFA est suffisant, alors même que cette instance ne publie aucune donnée sur le sujet. Certains souhaiteraient également que les objectifs visés à travers la production de statistiques nationales tout comme leur utilisation, par exemple à travers la publication de rapports réguliers, soient précisés.

Une fois encore, les disparités entre les cantons tant sur le plan légal qu'en termes d'organisation des systèmes judiciaires et de soins rendent la production de statistiques nationales inenvisageables pour plusieurs répondants. Certains estiment qu'il est déjà très difficile d'obtenir des données fiables au sein même de leur canton en raison de l'organisation régionale particulière de nombreuses APEA. Dans certains cantons, on souhaiterait plutôt voir des ressources se développer pour améliorer la saisie et la transmission des informations relatives aux situations de personnes concernées par des mesures coercitives à l'APEA, plutôt que de devoir collaborer à la production de statistiques nationales.

D'autres répondants pensent encore que la question des PAFA et des mesures coercitives ne représente pas d'intérêt tant sur le plan politique que légal pour leurs autorités cantonales. A relever enfin que certains participants relevaient que la pandémie de Covid-19 avait mobilisé la majorité des ressources du service dans lequel ils travaillaient et les avait obligés à laisser de côté la problématique des PAFA et autres mesures coercitives.

### **8.5.3 Informations essentielles à collecter en vue de statistiques nationales**

A la question « Y a-t-il, à votre avis, des informations sur les PAFA qui seraient essentielles à collecter en vue de statistiques nationales? », 24 participants ont répondu « non » et 22 « oui ».

Pour les personnes ayant répondu « oui », le nombre de PAFA, mais aussi d'autres mesures coercitives telles que les mesures ambulatoires, les placements de mineurs et les mesures limitatives de libertés décidés dans chaque canton sont les informations les plus régulièrement citées qui devraient figurer dans des statistiques nationales. Il existe un intérêt pour avoir des informations plus détaillées sur ces mesures, telles que l'autorité ayant décidé de la mesure (APEA, médecins psychiatres, médecins non-psychiatres, médecins travaillant en milieu institutionnel ou en pratique privée), les motifs ayant conduit à la mesure, la répartition géographique des décisions au sein d'un même canton et le nombre de mesures par institution, la durée des mesures avec une attention particulière à porter au respect du délai légal pour les PAFA décidés par des médecins, le nombre de mesures ayant fait l'objet d'un appel au juge ou d'un recours et le résultat de ces procédures. Enfin, le devenir des mesures aurait un intérêt : par exemple, pour les PAFA décidés par des médecins : nombre de mesures levées à l'arrivée dans l'institution, nombre d'admissions sous PAFA transformées en séjours volontaires, nombre de mesures décidées par un médecin prolongées, au terme du délai légal, par l'APEA.

En ce qui concerne les personnes concernées, plusieurs répondants verraient un intérêt à ce qu'il existe aussi des statistiques nationales sur le nombre d'individus concernés par des mesures coercitives, car il n'est pas rare qu'une même personne soit concernée par plusieurs mesures coercitives au cours d'un même épisode, mais aussi au fil du temps. Lorsqu'il s'agit de PAFA, cette problématique est appelée, dans le jargon médical, le phénomène de « porte tournante ». Elle décrit la trajectoire de soins de personnes qui sont régulièrement hospitalisées en raison de l'instabilité de leur état de santé. Il y aurait là un intérêt à identifier certaines situations complexes qui occupent régulièrement les autorités judiciaires et les services de soins. En outre, pour les répondants, certaines populations mériteraient une attention particulière. Ont notamment été évoquées les personnes âgées placées dans des EMS pour lesquelles très peu d'informations sont actuellement collectées et les personnes concernées mineures qui, faute de places disponibles, sont placées dans des institutions pour adultes. Un répondant a également rapporté un intérêt à connaître l'existence de mineurs vivant dans le foyer des personnes concernées par des mesures coercitives.

D'autres variables ont encore été citées comme pouvant faire l'objet de statistiques nationales : fréquence de l'existence de mesures potentiellement « préventives » quant à l'utilisation de la contrainte telles que les directives anticipées, le recours à une personne de confiance, les attitudes à adopter en cas de rechute élaborées lors de l'entretien de sortie et, enfin, les coûts économiques engendrés par les PAFA et autres mesures coercitives pour les cantons.

Les répondants qui ne voyaient pas d'intérêt à la réalisation de statistiques nationales sur les PAFA et autres mesures coercitives avançaient principalement comme arguments le fait que le travail réalisé actuellement par la COPMA était suffisant et qu'une uniformisation des lois et des pratiques au sein des APEA et des institutions de soins seraient des préalables indispensables si l'on voulait pouvoir mener des comparaisons entre les cantons.

On relèvera encore qu'il n'apparaissait pas d'attentes ou de besoins spécifiques des personnes interrogées selon leur orientation professionnelle.



#### **8.5.4 Ressources disponibles ou nécessaires en vue de réaliser des statistiques nationales**

A la question : « Dans votre domaine d'activité, y a-t-il actuellement les ressources nécessaires pour pouvoir collecter ces informations? », 35 participants ont répondu « non » et 11 « oui ».

La majorité des répondants estimaient que, dans leur canton, les ressources humaines actuellement disponibles seraient insuffisantes pour collecter et transmettre des données autres que celles qui sont déjà adressées à la COPMA, à l'ANQ ou à l'OFS. En outre, plusieurs cantons considéraient ne pas disposer des compétences nécessaires pour réaliser eux-mêmes des statistiques.

Des questions sur le plan structurel et organisationnel ont également été très fréquemment soulevées par les répondants. Ces derniers s'interrogeaient sur la possibilité de récolter des données uniformisées au niveau national, compte tenu des grandes disparités existantes entre les cantons, tant sur le plan légal qu'au sein de l'organisation des APEA et des dispositifs de soins cantonaux. Plusieurs répondants pensaient qu'un outil informatique simple, partagé par les institutions cantonales, mais aussi entre les cantons serait indispensable. Ce logiciel devrait être accessible aux APEA, aux Autorités de surveillance, aux hôpitaux et cliniques, aux EMS et autres structures d'hébergement accueillant des personnes sous PAFA et aux médecins qui décident ou assurent le suivi de mesures coercitives. Un logiciel partagé entre les cantons, mais également au sein des institutions cantonales permettrait de suivre le devenir des personnes concernées, d'assurer le suivi des mesures notamment lors du transfert entre institutions, mais également lors de changements de cantons. Afin de garantir la qualité des données, les personnes qui doivent les saisir devraient bénéficier d'une formation sur la manière de le faire. Une instance nationale devrait être en charge de la récolte des informations auprès des cantons. En outre, dans les cantons où il existe de nombreuses APEA, un organe cantonal devrait être identifié pour coordonner la collecte des données et assurer leur transmission à l'instance nationale en charge de produire les statistiques. La manière dont les données doivent être saisies et transmises devrait faire l'objet de directives claires.

Sur le plan légal, de nouvelles dispositions seraient nécessaire, afin de définir le périmètre de collecte des données identifiées et d'inscrire dans la loi les devoirs des prestataires, notamment les médecins en pratique privée et les structures d'hébergement quant à l'obligation qu'ils auraient à fournir aux instances compétentes les données attendues. Si un logiciel partagé ne peut être développé, les procédures régissant les transferts entre institutions ou entre cantons devraient tout de même être précisées, afin d'assurer le suivi des mesures et de garantir le respect des droits des patients. Plusieurs répondants ont également relevé la nécessité de s'assurer que la protection des données des personnes concernées soit garantie, car dans les cantons peu peuplés, il pourrait être aisé d'identifier les personnes concernées par des mesures peu utilisées, selon le niveau d'information fourni dans les statistiques nationales.

Sur le plan financier, l'indemnisation des professionnels et des institutions qui consacrent du temps à saisir des données devrait également être considérée.

### **9. Variables à collecter pour la création d'une base de données nationale relative aux PAFA**

#### **9.1 Disparités cantonales**

Chaque canton dispose de ses propres dispositions légales relatives à l'application du droit fédéral, en particulier en ce qui concerne la protection de l'adulte et de l'enfant. En outre, les APEA et autorités de surveillance sont organisées de manière spécifique au sein des cantons qui disposent également de leur propre organisation des services de santé. Cette situation conduit à des procédures relatives aux PAFA et aux autres mesures coercitives, à la mise en application de ces dernières et à leur suivi très différentes d'un canton à l'autre.



Les réponses aux questionnaires qui ont été adressés aux personnes « expertes » dans le domaine des PAFA et des autres mesures coercitives des 26 cantons témoignent de cette importante hétérogénéité. Lorsque plusieurs personnes ont répondu au sein d'un même canton, il était frappant de constater, d'une part, que peu de répondants disposaient d'une vision globale de ce qui se passe au sein de leur canton et plus largement au niveau suisse et, d'autre part, qu'il existait parfois d'importantes divergences parmi les réponses aux questions soulevées.

Actuellement, dix solutions logicielles différentes sont utilisées par les APEA. Ces logiciels permettent entre autres de saisir les données sur les PAFA et de les transmettre à la COPMA ou à d'autres instances.

La société Diartis a développé plusieurs programmes :

- *Klibnet* [83]: Ce logiciel est utilisé par les APEA des cantons de AI, AR, BL, BS, GL, GR, LU, NW, OW, UR, SG, SH, SO, SZ, TG, ZG et ZH.
- *Kiss* [84]: Ce logiciel est utilisé par l'APEA du canton du JU.
- *CASEnet* [85]: Ce logiciel est utilisé par la partie germanophone du canton du VS.

Le canton de FR utilise le logiciel *Tribuna* développé par la société Delta Logic [86]. Le logiciel Juris est développé par la société Abraxas [87]. Il est utilisé par les cantons de NE et TI. Le canton de BE utilise le logiciel Axioma également développé par société Abraxas [88]. Le logiciel CIGES est utilisé dans la partie francophone du canton du Valais [89]. Enfin, les cantons d'AG, GE et VD utilisent leur propre logiciel.

Ainsi, il existe une grande hétérogénéité dans les données relatives aux PAFA et autres mesures coercitives collectées dans les cantons, mais parfois même au sein d'un même canton. Ces différences existent aussi bien sur le plan quantitatif que qualitatif. Si la majorité des cantons récoltent des données sur ces mesures, cette démarche a généralement un but légal. Il s'agit en effet de communiquer à l'APEA des informations qui seront utiles en cas d'appel au juge ou de recours ou pour garantir le suivi des mesures. Très peu de cantons réalisent eux-mêmes des statistiques sur ces données. La plupart d'entre eux transmettent les données collectées à la COPMA. Ils estiment que cet organisme est responsable de produire des statistiques et dispose des compétences pour le faire.

## 9.2 Données à collecter

Actuellement, les données collectées par les cantons concernent essentiellement les PAFA prononcés par les APEA (cf. Tableau 5). Elles sont avant tout utilisées à des fins légales. A travers les statistiques des hôpitaux transmises à l'OFS par les différents établissements hospitaliers et cliniques suisses, il est possible d'obtenir des informations sur les PAFA dans ces institutions, que la mesure ait été décidée par une APEA ou un médecin. Sur la base de ces données, l'OBSAN calcule le nombre de patients pour 1'000 habitants admis sous PAFA dans les cliniques et hôpitaux psychiatriques ou dans les divisions psychiatriques des hôpitaux de soins somatiques aigus de Suisse et dispose d'informations sur les personnes concernées par ces mesures. Enfin, l'ANQ recense les mesures limitatives de liberté imposées aux patients dans les hôpitaux et cliniques psychiatriques du pays.

Certaines « personnes expertes » pour la question des PAFA et autres mesures coercitives interrogées dans l'enquête en ligne précitée ont relevé plusieurs variables qu'elles aimeraient voir figurer dans des statistiques nationales. Ces variables peuvent être catégorisées comme suit :

### Variables relatives à la décision de prononcer la mesure coercitive :

- Incidence (nombre de nouvelles mesures décidées chaque année) et prévalence (nombre de mesures à un moment donné) de PAFA pour chaque canton, éventuellement par région, mais aussi institution,
- Incidence et prévalence d'autres mesures : mesures ambulatoires, maintiens de personnes entrées de leur plein gré, placements de mineurs, traitements contraints, cas d'urgence et mesures limitatives de liberté dans et hors mesures de PAFA pour chaque canton, éventuellement par région, mais aussi institution,





- Autorité ayant décidé de la mesure APEA, Autorité judiciaire de recours ou médecin. Pour les médecins, certaines précisions seraient souhaitées : notamment la spécialisation (psychiatrie vs autres spécialités) et le lieu d'activité (institution vs pratique privée),
- Motif(s) justifiant(s) la mesure,
- Autre(s) mesure(s) de protection concomitante(s).

Variables relatives à la mise en œuvre et au suivi de la mesure :

- Type d'établissement où la mesure est exécutée,
- Durée des mesures,
- Pour les mesures décidées par un médecin (PAFA et maintiens de personnes entrées de leur plein gré) : nombre de demandes de prolongation à l'APEA,
- Devenir des mesures : nombre de mesures levées, transformées en hospitalisations volontaires, remplacées par une autre mesure, par exemple mesures ambulatoires au terme d'un PAFA.

Variables relatives aux appels au juge et aux recours :

- Nombre d'appels au juge et recours pour les différentes mesures,
- Nombre de procédures ayant abouti à une levée de la mesure coercitive et au maintien de celle-ci.

Variables relatives aux personnes concernées :

- Nombre de personnes concernées par des mesures coercitives (plusieurs mesures coercitives peuvent concerner le même individu),
- Âge, genre et lieu de résidence des personnes concernées,
- Nombre de personnes concernées dans chaque classe d'âge : mineurs, adulte, âge avancé.

Autres variables :

- Nombre de situations où une personne de confiance est sollicitée,
- Nombre de situations dans lesquelles des éventuelles directives anticipées ou un plan de traitement existent.

Remarque sur les variables relatives à l'état clinique des personnes concernées

On constate ici que des informations sur la situation clinique des personnes concernées comme la gravité de leur psychopathologie ou les questions diagnostiques ne sont pas rapportées par les personnes interrogées. Cela peut être expliqué par le fait que, d'une part, la majorité des répondants n'ont pas une fonction clinique. D'autre part, ces informations sont difficiles à obtenir en dehors des situations qui ont été évaluées par un médecin ou qui sont suivies dans un établissement médicalisé. Ces données pourraient être extraites des statistiques des hôpitaux déjà utilisées par l'OBSAN et l'ANQ pour autant que les bases de données de l'OFS puissent être croisées avec celles qui seraient créées en vue de statistiques nationales sur les PAFA et autres mesures coercitives. Ces données cliniques seraient toutefois limitées aux personnes suivies dans des institutions qui transmettent des données à l'OFS. Elles ne couvriraient pas les mesures mises en place dans d'autres structures telles que les EMS, les institutions spécialisées ou les établissements pour mineurs. Ces lacunes concerneraient particulièrement les mineurs et les personnes d'âge avancé qui, compte tenu des vulnérabilités propres à leur âge, telles que l'incapacité de discernement ou la méconnaissance de leurs droits et les possibilités de défendre ceux-ci, les exposent particulièrement à des situations d'abus ou de non-respect du cadre légal.

## 10. Discussion

Ce mandat a permis d'examiner, pour la première fois en Suisse, les pratiques en termes de collecte de données sur les PAFA et sur les autres mesures coercitives au niveau national et cantonal.

### 10.1 Situation actuelle : lacunes et risques à maintenir le statu quo

Actuellement, il n'existe que deux bases de données qui permettent de produire des statistiques fiables au niveau national suisse sur les PAFA et les autres mesures coercitives présentées dans ce rapport. La première concerne les PAFA dans les cliniques et hôpitaux psychiatriques ou dans les divisions psychiatriques des hôpitaux de soins somatiques aigus de Suisse. Elle est élaborée par l'OBSAN sur la base des statistiques des hôpitaux transmises par les cantons à l'OFS. La seconde s'intéresse aux mesures limitatives de liberté dans les cliniques et les hôpitaux psychiatriques suisses. Les données standardisées sont directement transmises, sur une base obligatoire, à l'ANQ par les établissements concernés. En raison de ressources insuffisantes et de la qualité des données trop hétérogènes qui lui sont transmises par les cantons, la COPMA ne tient pas des statistiques nationales sur les PAFA et les autres mesures coercitives décidées par les APEA.

Par conséquent, on ne dispose pas actuellement de données à l'échelle nationale sur les mesures suivantes : 1. PAFA décidés par les APEA et par les médecins et mis en œuvre dans des institutions autres que les services hospitaliers et cliniques spécialisés en psychiatrie : services hospitaliers somatiques, établissements médico-sociaux (EMS), institutions spécialisées, établissements pour mineurs, prisons, 2. maintiens de personnes entrées de leur plein gré, 3. mesures ambulatoires, 4. placements pour mineurs, 5. mesures sécuritaires et disciplinaires et 6. mesures limitatives de liberté, traitements sans consentement et cas d'urgence appliqués en dehors des hôpitaux et cliniques du pays. De même, la Suisse n'a pas de données, au niveau national, sur la mise en application des dispositions légales visant à garantir les droits des personnes concernées par des PAFA telles que l'accès à une personne de confiance, la réalisation d'un plan de traitement ou la tenue d'un entretien de sortie, ni sur les appels au juge et recours contre les décisions de PAFA ou les autres mesures précitées.

On relèvera ici que certains cantons tiennent leurs propres statistiques relatives à certaines des mesures précitées. Toutefois, il n'est pas envisageable actuellement de pouvoir agréger les données collectées au niveau des cantons pour en tirer des statistiques nationales, car les pratiques sont bien trop différentes et la quantité et la qualité des données disponibles bien trop hétérogènes.

Les lacunes observées dans les données disponibles s'avèrent problématiques. En effet, si les PAFA et les autres mesures coercitives ont pour but premier de protéger les personnes concernées, ils n'en demeurent pas moins une atteinte aux droits fondamentaux de ces dernières, notamment en ce qui concerne le droit à la liberté de mouvement et à l'intégrité physique et psychique. Il est par conséquent impératif de s'y intéresser.

L'absence de données fiables et exhaustives sur les PAFA et autres mesures coercitives est susceptible d'entraîner plusieurs conséquences négatives. Premièrement, plusieurs des travaux de recherche présentés au début de ce rapport ont montré que les dispositions légales régissant les PAFA et autres mesures coercitives, mais aussi l'offre de soins proposés, particulièrement les dispositifs et approches visant à favoriser l'accès aux soins, à proposer des alternatives aux mesures coercitives et à réduire le recours à la contrainte durant les prises en charge, déterminaient le nombre de mesures coercitives. Compte tenu des dispositions légales et des systèmes de santé cantonaux spécifiques et en l'absence de données comparables sur les PAFA et autres mesures coercitives, il n'est pas possible de définir si les cantons répondent de manière équitable aux besoins de protection des personnes concernées.

Deuxièmement, les bénéfices à recourir à des mesures coercitives restent fortement débattus sur le plan médical et scientifique [18] et les effets négatifs potentiels de ces mesures sur les



personnes concernées tels qu'une diminution de leur satisfaction [90], un moindre engagement dans les soins [91], voire des conséquences sur le plan clinique allant jusqu'à un état de stress post-traumatique [92], ne doivent pas être négligés. Or, compte tenu des données actuellement disponibles, il est très difficile de suivre les trajectoires de soins des personnes sous PLFA ou astreintes à d'autres mesures coercitives et de suivre l'évolution de leur état de santé.

Troisièmement, l'absence de données solides sur les PLFA et les autres mesures coercitives peut entraîner une vision biaisée de la réalité du terrain, conduire à une mésinterprétation des chiffres publiés et à l'élaboration d'hypothèses erronées. Si la question de l'utilisation de ces mesures de protection fait débat au niveau médical, le sujet s'avère également extrêmement sensible sur le plan médiatique et politique. Régulièrement, les chiffres incomplets ou inexacts sont interprétés dans des contextes socio-économiques, culturels et politiques spécifiques. A titre d'exemple, le lien entre un faible nombre de lits psychiatriques et un taux élevé de PLFA est souvent mis en avant pour demander ou justifier de la (ré)ouverture de nouvelles unités psychiatriques hospitalières. Or, les résultats des travaux scientifiques qui se sont intéressés à la question ne permettent pas d'aboutir à une telle conclusion [19, 45, 46]. Cette problématique doit être examinée à la lumière d'autres facteurs tels que le profil des populations concernées, le développement local de l'offre de soins ambulatoires et intermédiaires, la sensibilité et la culture institutionnelle quant à l'utilisation de la contrainte, ainsi que le contexte politique local.

Quatrièmement, le manque de données précises sur les PLFA et autres mesures coercitives ne permet pas de se faire une idée claire de la charge de travail que ces mesures représentent pour les APEA et les professionnels du milieu médical et social. Un manque de ressources et une surcharge de ces acteurs peut altérer la qualité de la manière dont les dossiers sont suivis et les personnes concernées prises en charge. Ainsi, maintenir le statu quo en termes de statistiques nationales incomplètes sur les PLFA et autres mesures coercitives risque de porter préjudice non seulement aux personnes concernées par ces mesures, mais également aux institutions socio-sanitaires, aux autorités judiciaires et politiques qui en assument la responsabilité.

## **10.2 Difficultés rencontrées durant le mandat et problèmes à envisager dans la perspective de l'établissement de statistiques nationales sur les PLFA et autres mesures coercitives**

### **10.2.1 Spécificités cantonales et cloisonnement de l'information**

Certaines limitations doivent être soulignées et gardées à l'esprit lors de la lecture et de l'interprétation des résultats présentés dans ce rapport. Tout d'abord, il a été difficile, dans certains cantons, d'identifier des personnes de référence pour les PLFA et les autres mesures coercitives qui disposaient des connaissances nécessaires pour répondre aux questions soulevées dans l'enquête en ligne. Ceci a été confirmé par un nombre parfois important de réponses "Je ne sais pas" et pourrait justifier, en partie, des disparités mises en lumière lorsque plusieurs personnes ont répondu à l'enquête au sein d'un même canton. L'hétérogénéité des réponses obtenues pourrait également s'expliquer par les domaines d'activité différents des participants qui n'ont qu'une vision partielle de ce qui est fait dans leur canton. En raison de ces limites, l'équipe de recherche a dû établir a priori un ordre de fiabilité des réponses. Les réponses affirmatives ont été considérées comme les plus fiables et donc toujours utilisées en premier lieu. Les réponses négatives, en revanche, n'étaient considérées comme fiables que s'il n'y avait pas de réponse affirmative à la même question. Les questions complémentaires posées ultérieurement aux participants ont permis de clarifier un bon nombre de ces incohérences et de vérifier la validité de la stratégie d'analyse adoptée.

Une autre limitation qui doit être relevée est le fait que les différences linguistiques et la terminologie spécifique étroitement liée à la pratique de chaque canton ont pu rendre difficile, dans certains cas, la compréhension et l'interprétation des questions soulevées dans l'enquête en ligne. Afin de surmonter ce problème autant que possible, le questionnaire, initialement élaboré en français, a été traduit en allemand et en italien par des traducteurs professionnels, puis il a été validé et modifié, lorsque cela était nécessaire, par le groupe d'experts en collaboration avec l'équipe de projet. Ces éléments devront être pris en considération si l'on



souhaite récolter des données dans les cantons en vue de réaliser des statistiques nationales sur les PAFA et autres mesures coercitives.

### **10.2.2 Hétérogénéité des données**

Le travail réalisé au cours de ce mandat met clairement en évidence de très importantes disparités tant sur le plan quantitatif que qualitatif dans les informations récoltées par les cantons sur les PAFA et les autres mesures coercitives. Ces différences découlent de l'intérêt plus ou moins grand que les autorités politiques, judiciaires et médicales cantonales portent au sujet. De plus, les dispositions légales cantonales spécifiques telles que les droits d'application cantonaux du Code civil suisse ou les lois sur la santé publique, mais également l'organisation des APEA et celle des prestataires socio-sanitaires impliqués dans les procédures PAFA amènent chaque canton à récolter des données sur les PAFA et sur les autres mesures coercitives de manière spécifique et à des fins qui lui sont propres. Cette très grande hétérogénéité tant sur le plan quantitatif que qualitatif et le grand fractionnement de l'information souvent détenue par des instances qui échangent peu : APEA, Offices de Médecins cantonaux, Département en charge de la santé et/ou du social, direction d'établissements médico-sociaux rendent toutes agrégations des données à un niveau cantonal et, de surcroît au plan national, très délicate et questionnent une telle perspective à court terme.

Si un monitoring des PAFA et des autres mesures coercitives s'avère indispensable, il n'est pas envisageable d'obtenir des statistiques nationales détaillées et exhaustives sur ces mesures dans les conditions actuelles. Pour y parvenir, il s'avère au préalable nécessaire d'adapter le cadre légal, d'identifier une instance nationale chargée d'organiser la collecte et l'analyse des données obtenues au sein des cantons et d'y allouer des ressources suffisantes. Pour autant qu'elles soient soutenues sur le plan politique national et cantonal, ces démarches mettront un certain temps pour aboutir. Dans l'intervalle, d'autres mesures peuvent être envisagées, afin de combler les lacunes actuelles en termes de données sur les PAFA et autres mesures coercitives en Suisse.

## **11. Recommandations**

### **11.1 A court terme (d'ici 1 à 2 ans)**

#### **11.1.1 Développer l'information sur les PAFA et les autres mesures coercitives et sur la nécessité d'obtenir des données nationales fiables et précises sur le sujet**

Le niveau de connaissance et l'intérêt relatif aux PAFA et autres mesures coercitives varient de manière importante d'un canton à l'autre. Les résultats de l'enquête menée auprès des personnes « expertes » pour la question des PAFA et autres mesures coercitives mettent en lumière le fait que seule une faible majorité d'entre elles seraient intéressées à disposer de statistiques nationales et que, selon elles, les autorités de leur canton seraient modérément motivées à collaborer à cette démarche. Les arguments justifiant de ce peu d'intérêt attestent d'un manque de connaissance de ce qui est actuellement fait au niveau national. Plusieurs participants à l'enquête émettent également des réserves quant à l'utilité de statistiques nationales faute d'informations sur les buts recherchés par une telle démarche.

Par conséquent, il s'avère nécessaire de développer l'information sur les PAFA et les autres mesures coercitives. Il serait important de rappeler aux personnes concernées que ces mesures relèvent d'une atteinte aux droits fondamentaux des personnes concernées et que, bien qu'elles soient avant tout utilisées à des fins de protection, elles peuvent également engendrer des conséquences négatives pour la santé des personnes concernées. Il faudrait préciser que les données collectées actuellement ne donnent qu'une vision très partielle de l'utilisation des PAFA et autres mesures coercitives en Suisse. Ces informations pourraient faire l'objet d'un plan de communication à l'attention des professionnels concernés. Afin d'obtenir plus facilement la collaboration des cantons pour la réalisation de statistiques nationales, la Confédération devrait préciser les buts visés par cette démarche, ainsi que les résultats attendus, afin de convaincre les cantons d'investir des ressources dans le domaine. Les arguments à faire valoir sont un meilleur respect des droits des personnes concernées et par conséquent une amélioration de

leur bien-être, une meilleure connaissance et compréhension de l'utilisation des PAFA et des autres mesures coercitives qui permettraient d'optimiser les pratiques et d'adapter les ressources nécessaires pour la gestion de ces situations au sein des cantons.

#### **11.1.2 Préparer la collecte de données complémentaires sur les PAFA et autres mesures coercitives par les instances existantes**

Actuellement, seuls l'OBSAN et l'ANQ produisent des statistiques sur la base de données standardisées, le premier sur les PAFA dans les cliniques et hôpitaux psychiatriques et dans les divisions psychiatriques des hôpitaux de soins somatiques aigus de Suisse et la seconde sur les mesures limitatives de libertés dans les cliniques et les hôpitaux psychiatriques suisses. Dans un délai relativement court, il serait envisageable de généraliser la collecte de données qui se fait déjà dans certains cantons ou certaines institutions et d'obtenir de nouvelles informations sur les PAFA et les autres mesures coercitives en complétant le set des données déjà traitées par ces deux institutions.

Tout d'abord, la collecte de données relatives aux PAFA et autres mesures coercitives devrait être étendue à l'ensemble des cliniques et hôpitaux suisses et ne pas se limiter aux établissements psychiatriques et aux divisions psychiatriques des hôpitaux de soins somatiques aigus, puisqu'une part non négligeable des personnes concernées ne sont pas admises dans des services spécialisés en psychiatrie. En outre, de nouvelles variables pourraient être ajoutées à celles déjà collectées par l'OFS dans le cadre de la statistique des hôpitaux suisses. Pour les personnes admises dans les établissements concernés, on pourrait ainsi recenser les maintiens de personnes entrées de leur plein gré et obtenir des informations plus détaillées sur l'origine, le suivi et le devenir des PAFA : autorité ayant décidé de la mesure, motifs justifiant cette dernière, existence d'autres mesures de protection concomitantes, recours à une personne de confiance, mise en application de directives anticipées, établissement d'un plan de traitement, organisation d'un entretien de sortie, appel au juge ou recours, devenir de la personne concernée au terme de la mesure.

En outre, l'OFS collecte déjà des données sur les soins dans les EMS et les institutions spécialisées de type foyers psychiatriques, structures résidentielles pour le traitement des addictions ou pour le suivi des personnes avec un handicap [93], dans les consultations ambulatoires des hôpitaux [94] et dans les cabinets médicaux [95]. Toutefois, pour l'instant, les informations obtenues ne concernent pas les PAFA et les mesures coercitives. Le set des données déjà collectées pourrait être complété avec des informations sur les PAFA et autres mesures coercitives mises en œuvre ou suivies par des médecins travaillant en cabinet ou dans les lieux de soins autres que les hôpitaux et les cliniques et pour lesquels aucune donnée nationale n'est actuellement disponible. Dans les consultations ambulatoires des hôpitaux et les cabinets médicaux, il serait pertinent de connaître le nombre de PAFA prononcés par les médecins, ainsi que le nombre de mesures ambulatoires dont ils assurent le suivi. On pourrait aussi collecter des informations sur le profil des personnes concernées, plus particulièrement par rapport à leur âge, leur genre et leur état de santé : diagnostics et risques encourus en l'absence de mesure. En ce qui concerne les institutions spécialisées, il serait nécessaire de connaître le nombre de personnes concernées par des PAFA qui y sont hébergées et d'obtenir des détails sur ces mesures : autorités ayant décidé des mesures et durées de celles-ci. En outre, les informations complémentaires évoquées au paragraphe précédent pour les services hospitaliers pourraient également être collectées dans les EMS et les institutions spécialisées.

Afin de combler les lacunes actuelles, une autre piste à envisager pourrait être que le mandat de l'ANQ soit élargi, afin que l'enregistrement des MLL se fasse également dans les institutions autres que les hôpitaux et les cliniques psychiatriques : à savoir les services hospitaliers somatiques, les EMS, les institutions spécialisées, les établissements pour mineurs ou encore les prisons.

Enfin, bien que cela n'ait pas été réalisable jusqu'ici, on pourrait envisager de renforcer les ressources de la COPMA, afin que cette dernière mette en place un processus qui permette de collecter, à l'image de ce que fait l'OFS et ANQ auprès des hôpitaux et cliniques du pays, des données standardisées sur les PAFA et autres mesures décidées par les APEA et sur les appels au juges et recours qu'elles traitent, afin de pouvoir enfin produire des statistiques qui soient



publiables. Toutefois, il semblerait plus avantageux, compte tenu des compétences et ressources nécessaires pour une telle mission, d'attribuer ce mandat à l'OFS.

Afin de pouvoir mettre en œuvre les recommandations évoquées ici, des travaux préliminaires s'avèrent indispensables. Ces derniers devraient être initiés dans les deux ans à venir. Les mandats attribués aux institutions précitées devront être complétés et leurs ressources adaptées. Il est probable que certains des lieux de soins amenés à collaborer, pour répondre à ces exigences, doivent apporter des modifications à leurs procédures internes pour la saisie de nouvelles données. En outre, il s'agira de définir précisément les variables que l'on souhaite voir analysées et les informations à ce sujet devront être transmises aux partenaires concernés.

## **11.2 A moyen terme (d'ici 5 ans)**

### **11.2.1 Présenter les données complémentaires sur les PAFA et autres mesures coercitives en Suisse obtenues par les instances existantes**

Si le cadre nécessaire pour y parvenir a été mis en place selon les propositions faites sous le point 1.2., la collecte d'informations complémentaires par les instances existantes aura débuté dans 5 ans. Il sera alors possible de présenter de nouvelles données sur les PAFA et les autres mesures coercitives. Ces dernières, même si elles ne sont pas exhaustives, permettront déjà d'obtenir une meilleure vision du recours à ces mesures de protection dans les différents lieux de soins au niveau national. Elles faciliteront aussi les comparaisons intercantionales et permettront d'affiner la stratégie nationale à déployer pour la réalisation de statistiques nationales sur les PAFA et autres mesures coercitives dans le futur en mettant en évidence les possibles lacunes, mais aussi les domaines dans lesquels des informations complémentaires ne sont pas nécessaires.

### **11.2.2 Encourager et soutenir la recherche sur les PAFA et des autres mesures coercitives**

Compte tenu des pratiques actuelles, la mise en place du cadre nécessaire à la réalisation de statistiques nationales sur les PAFA et autres mesures coercitives prendra du temps et pourrait nécessiter des ressources très importantes. Une manière plus rapide et moins coûteuse d'aborder la question des PAFA et les autres mesures coercitives pourrait être d'encourager et soutenir la recherche sur le sujet. De tels travaux auraient certes un périmètre plus restreint que la réalisation de statistiques nationales et ne permettraient pas forcément de suivre l'évolution, sur des périodes prolongées, de l'utilisation de ces mesures. Ils permettraient en revanche d'aborder en profondeur certaines thématiques avec les cantons et les institutions motivés à collaborer ou disposant déjà de l'infrastructure et des ressources nécessaires pour mener des études.

A titre d'exemples, les cantons de Bâle-Ville, Lucerne, Vaud ou Zurich collectent déjà beaucoup d'informations sur les PAFA et les autres mesures coercitives (cf. tableaux 2, 3 et 4). Le canton de Schwyz s'intéresse particulièrement aux PAFA décidés par des médecins (cf. tableaux 2 et 3). Le Réseau fribourgeois de santé mentale a mis en place un logiciel qui permet de suivre les mesures coercitives au sein de sa structure (cf. tableaux 2,3 et 4). En outre, plusieurs des participants à l'enquête en ligne ont rapporté que leur canton serait intéressé à travailler sur le sujet et à collaborer à des projets nationaux.

Un autre avantage à mettre en place des projets de recherche serait la possibilité d'examiner la question des PAFA et des autres mesures coercitives sous l'angle médico-légal, mais aussi social ou politique. Or, comme cela a déjà été discuté, la propension à recourir à ces mesures dépend non seulement du cadre légal et de l'offre de soins locale, mais également d'autres facteurs tels que le contexte social et politique ou encore le profil de la population générale. Des travaux de recherche permettraient ainsi de mieux comprendre l'ensemble des facteurs déterminant l'épidémiologie des PAFA et des autres mesures coercitives, mais aussi d'évaluer l'impact de ces mesures sur les personnes concernées et d'optimiser leur utilisation. En effet, des études cliniques, à travers des approches quantitatives et qualitatives permettraient de mesurer l'effet des mesures coercitives sur l'état de santé et l'évolution des personnes concernées. Il serait possible d'obtenir des informations plus détaillées sur certaines populations, comme par exemple les « cas complexes » soumis de manière récurrente à des mesures coercitives, ou encore les

personnes concernées mineures ou les résidents d'EMS. Enfin, certaines recherches pourraient se focaliser sur la mise en œuvre d'approches développées ailleurs au moment du virage ambulatoire où de nombreux lits psychiatriques ont été fermés au profit de soins psychiatriques ambulatoires. Ces modèles n'ont pas ou très peu été implémentés en Suisse, alors que le pays reste, selon les études internationales, un des plus grands prescripteurs au monde de PAFA et d'autres mesures coercitives. Ces approches visent à limiter le recours à des mesures coercitives et à réduire l'impact de ces dernières sur les personnes concernées. On peut notamment citer les équipes de psychiatrie mobiles d'intervention de crise [49], l'*open dialogue* [96] ou la rédaction de déclarations anticipées [52].

### **11.3 A long terme (d'ici 10 ans)**

#### **11.3.1 Mettre en place un cadre permettant la récolte uniformisée de données relatives aux PAFA et autres mesures coercitives dans les cantons suisses**

Les PAFA et les autres mesures coercitives évoquées dans ce rapport concernent une multitude d'acteurs qui sont impliqués aux différents temps de la procédure. Les mesures sont décidées par des autorités judiciaires comme administratives qui assurent le rôle d'APEA et par des médecins aux bénéfices de spécialités variables rattachés à des institutions publiques, comme privées ou travaillant à titre indépendant. La mise en œuvre et le suivi des mesures sont assurés par des établissements hospitaliers, des cliniques, des EMS, voire d'autres institutions spécialisées. Il arrive également que des professionnels du milieu socio-sanitaire soient mandatés pour le suivi des mesures ambulatoires de personnes vivant à domicile. Lors d'un appel au juge, d'un recours ou de la réévaluation d'une mesure, l'APEA ou l'Autorité de Surveillance sont également amenées à intervenir. En outre, il se peut qu'une mesure soit initiée dans une institution et qu'ensuite, un voire plusieurs transferts entre établissements soient nécessaires selon l'évolution de la personne concernée. Ainsi, une personne arrivée aux urgences d'un hôpital somatique peut être mise sous PAFA avant d'être transférée dans une clinique psychiatrique. De même, une personne âgée placée sous mesure de PAFA dans un EMS, peut, si son état de santé se dégrade, devoir être admise dans un service de gériatrie. Il faut encore souligner que ces transferts entre établissements concernent parfois des institutions qui se trouvent dans des cantons différents.

Si l'on souhaite pouvoir obtenir des statistiques nationales sur les PAFA et sur les autres mesures coercitives, le cadre légal devra être adapté. Il s'agira d'identifier l'instance nationale chargée de réaliser des statistiques nationales, de préciser ses missions, de clarifier les procédures à suivre et définir les obligations des différents acteurs amenés à collaborer. En outre, les points suivants semblent indispensables à la mise en place d'une organisation qui permette d'obtenir des données de qualité.

#### **11.3.2 Identifier l'instance nationale chargée de réaliser des statistiques**

La Confédération devrait identifier une instance nationale chargée de collecter les informations auprès des cantons, de traiter les données et de publier des statistiques. A l'heure actuelle, l'OFS serait sans doute le plus compétent et le mieux doté pour réaliser cette tâche et pour collaborer avec l'ensemble des acteurs précités. En effet, le mandat de l'ANQ est limité aux hôpitaux et cliniques et ne concerne pas les autres institutions socio-sanitaires ou les soins ambulatoires, encore moins les APEA. De son côté, la COPMA se concentre sur les mesures décidées par les APEA et a dû limiter la production de statistiques sur les mesures de protection en raison de ressources très limitées.

L'OFS comme l'ANQ éditent des documents expliquant aux institutions qui doivent récolter des informations la manière de le faire [14-16, 97]. Si l'on souhaite obtenir des données standardisées et donc comparables, ce genre de démarche devrait également être entreprise pour l'établissement de statistiques sur les PAFA et les autres mesures coercitives. En outre, l'ANQ organise régulièrement des formations pour les collaborateurs des hôpitaux et cliniques qui doivent saisir les MLL. Durant ces séances, les professionnels reçoivent des informations sur le travail de l'ANQ et sur la manière dont les données doivent être saisies. Un volet pratique leur permet ensuite d'exercer les connaissances acquises et de discuter en groupe des difficultés qu'ils ont rencontrées. Ces formations permettent donc d'uniformiser la collecte de données parmi



des professionnels aux profils variés et venant de terrains différents. L'instance en charge d'établir des statistiques nationales sur les PAFA et les autres mesures coercitives pourrait s'inspirer de telles formations.

### **11.3.3 Assurer la coordination au sein des cantons**

Chaque canton dispose d'un cadre légal, d'une organisation de l'APEA et d'un système de santé spécifiques. Un nombre plus ou moins important d'acteurs rattachés à des autorités judiciaires ou des départements différents sont concernés par les PAFA et les autres mesures coercitives. Par conséquent, chaque canton devrait identifier un organisme cantonal chargé de rassembler les données collectées avant qu'elles ne soient transmises à l'instance nationale qui établit des statistiques. Cet organisme pourrait être, selon les cas et en fonction de l'organisation cantonale, un bureau spécifique dépendant du département chargé de réaliser des statistiques cantonales, l'APEA, l'Autorité de surveillance ou l'Office du Médecin cantonal.

Des espaces d'échanges entre les professionnels concernés par la question des PAFA et des autres mesures coercitives pourraient également être créés dans les cantons. Des formations dans lesquelles représentants des APEA, professionnels de la santé et du social et personnes concernées par des mesures de protection sont rassemblés permettraient aux participants de développer leurs connaissances et leurs compétences dans le domaine des PAFA et autres mesures coercitives à travers une approche transdisciplinaire du sujet. La mise en place de rencontres régulières entre les différents acteurs favoriserait les échanges entre eux, améliorerait les processus et permettrait d'optimiser le recours à la contrainte. A titre d'exemple, en 2017, le canton de Vaud a mis sur pied une commission de suivi PAFA réunissant régulièrement des représentants de l'APEA, de l'Office du Médecin cantonal et des institutions psychiatriques cantonales. L'un des buts de cette commission était notamment d'améliorer les processus de mise en œuvre des processus PAFA et des autres mesures coercitives. Alors que le nombre de jours d'hospitalisation en hôpital psychiatrique sous PAFA avait augmenté de 10% entre 2013 et 2016 dans le canton, il diminuait de 18% entre 2016 et 2020. Ces espaces de partage entre acteurs concernés par les PAFA et autres mesures coercitives permettraient sans doute de travailler conjointement et de renforcer les collaborations dans le cadre de la collecte de données pour l'établissement de statistiques nationales.

### **11.3.4 Développer une plateforme informatique**

Il serait très utile de développer une plateforme informatique commune dans laquelle les informations relatives à chaque étape de la mesure, de son prononcé à sa levée, puissent être directement saisies par l'ensemble des acteurs concernés : APEA, Autorité de Surveillance, Offices des Médecins cantonaux, professionnels de la santé et du social. Cet outil devrait dans l'idéal également être partagé par les cantons. Il permettrait d'améliorer le suivi des mesures, de faciliter le transfert d'informations entre professionnels et d'uniformiser les données saisies en vue de statistiques nationales. Si une telle plateforme devait voir le jour, la protection des données devrait être garantie et la transmission des données sécurisée. Il serait également nécessaire de réfléchir aux données qui devraient être rendues publiques ou non, en particulier pour les cantons où peu de mesures coercitives sont mises en œuvre et où certaines informations permettraient d'identifier les personnes concernées relativement facilement. Enfin, un code d'identification personnel unique devrait être créé, afin pouvoir suivre plus facilement le parcours des personnes concernées, tout en garantissant la confidentialité des données.

## **12. Perspectives**

Ce mandat s'inscrit dans le cadre de l'évaluation des dispositions relatives aux PAFA initiée par l'OFJ. Cette évaluation a pour objectif d'examiner l'efficacité de la réglementation actuelle. Elle vise à mettre en lumière la manière dont les dispositions relatives aux PAFA sont exécutées dans les cantons suisses, les écarts par rapport aux règles de loi, les lacunes, les déficits, mais aussi les règles de bonnes pratiques en la matière. Les conclusions de cette évaluation et les recommandations du présent rapport devraient permettre aux autorités fédérales d'identifier les dispositions relatives aux PAFA et autres mesures coercitives pour lesquelles la collecte de données doit être renforcée au niveau national et la réalisation de statistiques nationales s'avère nécessaire, afin de pouvoir mieux suivre l'utilisation de ces mesures en Suisse.



### 13. Remerciements

Nous tenons à remercier :

- toutes les « personnes expertes » qui ont pris le temps de participer à l'enquête et qui ont répondu à nos multiples sollicitations par écrit et par téléphone,
  - les membres des autorités cantonales et des instances nationales qui nous ont permis d'identifier les « personnes expertes » et/ou qui ont accepté de répondre à nos nombreuses questions et demandes de renseignements,
  - le groupe d'experts mis en place par l'OFSP, pour les relectures attentives de nos travaux, pour leurs commentaires, pour leur participation enrichissante à nos réflexions et pour leur aide dans la résolution de certaines difficultés de traduction :
- Prof. **Philippe Meier**, Professeur ordinaire, docteur en droit et avocat, Université de Lausanne
  - Dr. **Lea Pucci-Meier**, Cheffe du projet Santé psychique, Office fédéral de la santé publique
  - Prof. **Beat Reichlin**, Chargé de cours et Chef de projet, Institut de travail social et de droit/ Responsable du Centre de compétence pour la protection de l'enfant et de l'adulte, Université des sciences appliquées et des arts de Lucerne/Secrétaire général adjoint de la COPMA
  - Dr. **Alexandre Tuch**, Chef de projet scientifique, Observatoire suisse de la santé
  - Lic. iur. **Judith Wyder**, Collaboratrice scientifique, Unité Droit civil et de procédure civile, Domaine direction Droit privé, Office fédéral de la justice
- l'OFSP, pour son soutien financier et logistique et pour le travail de traduction.



## 14. Bibliographie

- [1] <https://www.seval.ch/app/uploads/2020/07/Mise-au-concours-du-projet-%C3%89valuation-des-dispositions-relatives-au-placement-%C3%A0-des-fins-dassistance-PAFA-art.-426-ss-CC-1.pdf>. [Accessed date: 03.08.2021].
- [2] Morandi S, Burns T. Involuntary outpatient treatment for mental health problems in Switzerland: a literature review. *Int J Soc Psychiatry*. 2014; 60 (7): 695-702, <http://doi.org/https://doi.org/10.1177/0020764013513439>.
- [3] Meier, P. Révision des procédures et mise en place d'Assises PLFA: Cadre légal - comparaison intercantonale. Lausanne; 2015.
- [4] Gesetz über die Einführung des Zivilgesetzbuches (EG ZGB) Vom 16. November 2006 (Stand 1. Mai 2019), RS-BL 211.
- [5] Einführungsgesetz zum Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (EG KESR) Vom 25. Juni 2012, RS-ZH 232.3.
- [6] Merkblatt: Fürsorgerische Unterbringung (FU) Behandlung unter FU ohne Zustimmung bewegungseinschränkende Massnahmen. Appenzell Ausserrhoden 2018.
- [7] Einführungsgesetz zum Schweizerischen Zivilgesetzbuch (EG ZGB) Vom 27. Juni 2017 (Stand 1. Januar 2020), RS-AG 210.300.
- [8] Loi sur la protection de l'enfant et de l'adulte (LPEA) du 01.02.2012 (état au 01.06.2016), RS-BE 213.316.
- [9] Einführungsgesetz zum Schweizerischen Zivilgesetzbuch<sup>1</sup>) (EGZGB) Vom 12. Juni 1994 (Stand 1. April 2019), RS-GR 210.100.
- [10] Loi sur les mesures et le placement à des fins d'assistance du 24 octobre 1985, RS-JU 213.32.
- [11] Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes (COPMA). <https://www.kokes.ch/fr/home>. [Accessed date: 25.05.2021].
- [12] Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes (COPMA). [https://www.kokes.ch/application/files/1516/0328/2775/COPMA\\_Statistiques\\_2019\\_RMA.pdf](https://www.kokes.ch/application/files/1516/0328/2775/COPMA_Statistiques_2019_RMA.pdf). [Accessed date: 31.08.2021].
- [13] Observatoire suisse de la santé. <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/placements-en-etablissement-psychiatrique-des-fins-dassistance>. [Accessed date: 07.06.2021].
- [14] Office fédéral de la statistique (OFS). <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.303422.html>. [Accessed date: 31.08.2021].
- [15] Office fédéral de la statistique (OFS). <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/ms.assetdetail.12167418.html>. [Accessed date: 31.08.2021].
- [16] Office fédéral de la statistique (OFS). <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/ms.assetdetail.215711.html>. [Accessed date: 31.08.2021].
- [17] Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ). <https://www.anq.ch/fr/>. [Accessed date: 07.06.2021].
- [18] Luciano M, Sampogna G, Del Vecchio V, Pingani L, Palumbo C, De Rosa C, et al. Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome: a critical review. *Expert Rev Neurother*. 2014; 14 (2): 131-41, <http://doi.org/10.1586/14737175.2014.874286>.
- [19] Rains LS, Zenina T, Dias MC, Jones R, Jeffreys S, Branthonne-Foster S, et al. Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *The lancet Psychiatry*. 2019; 6 (5): 403-17, [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30090-2](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30090-2).
- [20] Raboch J, Kalisova L, Nawka A, Kitzlerova E, Onchev G, Karastergiou A, et al. Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries. *Psychiatric Services*. 2010; 61 (10): 1012-7, <http://doi.org/DOI.10.1176/appi.ps.61.10.1012>.
- [21] Observatoire suisse de la santé. Placements en établissement psychiatrique à des fins d'assistance. 2019 [Accessed date: 22 April 2021]. Available from: <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/placements-en-etablissement-psychiatrique-des-fins-dassistance>.

- [22] Hotzy F, Moetteli S, Theodoridou A, Schneeberger AR, Seifritz E, Hoff P, et al. Clinical course and prevalence of coercive measures: an observational study among involuntarily hospitalised psychiatric patients. *Swiss medical weekly*. 2018; 148: w14616-w.
- [23] Silva B, Golay P, Morandi S. Factors associated with involuntary hospitalisation for psychiatric patients in Switzerland: a retrospective study. *BMC Psychiatry*. 2018; 18 (1): 401, <http://doi.org/10.1186/s12888-018-1966-6>.
- [24] Arnold BD, Moeller J, Hochstrasser L, Schneeberger AR, Borgwardt S, Lang UE, et al. Compulsory Admission to Psychiatric Wards-Who Is Admitted, and Who Appeals Against Admission? *Frontiers in psychiatry*. 2019; 10: 544-, <http://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00544>.
- [25] Malatest, R.A. *The Legislated Review of Community Treatment Orders (Final Report)*. Victoria; 2012.
- [26] Ministry of Health. Office of the Director of Mental Health. Annual Report 2012. In: Ministry of Health, editor. Wellington: Ministry of Health; 2013.
- [27] Løvstletten M, Haug E, Granerud A, Nordby K, Smaaberg T. Prevalence and management of patients with outpatient commitment in the mental health services. *Nordic journal of psychiatry*. 2016; 70 (6): 401-6, <http://doi.org/https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1137969>
- [28] Light E. Rates of use of community treatment orders in Australia. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2019; 64: 83-7, <http://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.02.006>.
- [29] Prior, D., & Behan, D. *Monitoring the Mental Health Act in 2011/12*. Newcastle upon Tyne; 2013.
- [30] Silva B, Golay P, Boubaker K, Bonsack C, Morandi S. Community treatment orders in Western Switzerland: A retrospective epidemiological study. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2019; 67: 101509, <http://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101509>.
- [31] Lay B, Nordt C, Rossler W. Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *Eur Psychiatry*. 2011; 26 (4): 244-51, <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.11.007>.
- [32] Rössler W. Factors facilitating or preventing compulsory admission in psychiatry. 2019; 18 (3): 355-6, <http://doi.org/10.1002/wps.20678>.
- [33] Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry*. 2004; 184: 163-8, <http://doi.org/10.1192/bjp.184.2.163>.
- [34] Christen L, Christen S. *Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken der Schweiz: Analyse der Psychiatrie-Zusatzdaten 2000-2002*: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2005.
- [35] Gassmann J. *Wirksamkeit des Rechtsschutzes bei psychiatrischen Zwangseinweisungen in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit. 2011.
- [36] Jager M, Ospelt I, Kawohl W, Theodoridou A, Rossler W, Hoff P. [Quality of involuntary hospital administration in Switzerland]. *Praxis (Bern 1994)*. 2014; 103 (11): 631-9, <http://doi.org/10.1024/1661-8157/a001670>.
- [37] Kieber-Ospelt I, Theodoridou A, Hoff P, Kawohl W, Seifritz E, Jaeger M. Quality criteria of involuntary psychiatric admissions - before and after the revision of the civil code in Switzerland. *BMC Psychiatry*. 2016; 16: 291, <http://doi.org/10.1186/s12888-016-0998-z>.
- [38] Hotzy F, Marty S, Moetteli S, Theodoridou A, Hoff P, Jaeger M. Involuntary admission of psychiatric patients: Referring physicians' perceptions of competence. *Int J Soc Psychiatry*. 2019: 20764019866226, <http://doi.org/10.1177/0020764019866226>.
- [39] Eytan A, Chatton A, Safran E, Khazaal Y. Impact of psychiatrists' qualifications on the rate of compulsory admissions. *Psychiatr Q*. 2013; 84 (1): 73-80, <http://doi.org/10.1007/s1126-012-9228-0>.
- [40] Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. *Placements en établissement psychiatrique à des fins d'assistance (Obsan Bulletin 2/2018)*. Neuchâtel; 2018.
- [41] Weich S, McBride O, Twigg L, Duncan C, Keown P, Crepaz-Keay D, et al. Variation in compulsory psychiatric inpatient admission in England: a cross-classified, multilevel analysis. *The lancet Psychiatry*. 2017; 4 (8): 619-26, [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30207-9](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30207-9).
- [42] Keown P, McBride O, Twigg L, Crepaz-Keay D, Cyhlarova E, Parsons H, et al. Rates of voluntary and compulsory psychiatric in-patient treatment in England: an ecological study investigating associations with deprivation and demographics. *Br J Psychiatry*. 2016; 209 (2): 157-61, <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.171009>.

- [43] Bindman J, Tighe J, Thornicroft G, Leese M. Poverty, poor services, and compulsory psychiatric admission in England. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2002; 37 (7): 341-5, <http://doi.org/10.1007/s00127-002-0558-3>.
- [44] OECD. 2019 [Accessed date: 28/11/2019]. Available from: <https://data.oecd.org/>.
- [45] Priebe S, Frottier P, Gardini A, Kilian R, Lauber C, Martinez-Leal R, et al. Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric services* (Washington, DC). 2008; 59 (5): 570-3, <http://doi.org/10.1176/ps.2008.59.5.570>.
- [46] Keown P, Weich S, Bhui KS, Scott J. Association between provision of mental illness beds and rate of involuntary admissions in the NHS in England 1988-2008: ecological study. *BMJ*. 2011; 343: <http://doi.org/10.1136/bmj.d3736>.
- [47] Bonsack C, Conus P, Morandi S. Alternatives aux hospitalisations psychiatriques. *Revue Médicale Suisse*. in press.
- [48] Bonsack C, Adam L, Haefliger T, Besson J, Conus P. Difficult-to-engage patients: a specific target for time-limited assertive outreach in a Swiss setting. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2005; 50 (13): 845-50, <http://doi.org/10.1177/070674370505001307>.
- [49] Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churcharad A, Fitzgerald C, Fullarton K, Mosse L, et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2015; 15 (1): 74, <http://doi.org/10.1186/s12888-015-0441-x>.
- [50] Stulz N, Wyder L, Maeck L, Hilpert M, Lerzer H, Zander E, et al. Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2020; 216 (6): 323-30, <http://doi.org/10.1192/bjp.2019.31>.
- [51] Mötteli S, Schori D, Schmidt H, Seifritz E, Jäger M. Utilization and Effectiveness of Home Treatment for People With Acute Severe Mental Illness: A Propensity-Score Matching Analysis of 19 Months of Observation. *Frontiers in psychiatry*. 2018; 9: 495, <http://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00495>.
- [52] de Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, van de Sande R, et al. Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama Psychiatry*. 2016; 73 (7): 657-64, <http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0501>.
- [53] Donisi V, Tedeschi F, Salazzari D, Amaddeo F. Differences in the use of involuntary admission across the Veneto Region: which role for individual and contextual variables? *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2016; 25 (1): 49-57.
- [54] Hoffmann K, Haussleiter IS, Illes F, Jendreyeschak J, Diehl A, Emons B, et al. Preventing involuntary admissions: special needs for distinct patient groups. *Annals of general psychiatry*. 2017; 16: 3, <http://doi.org/10.1186/s12991-016-0125-z>.
- [55] Hustoft K, Larsen TK, Auestad B, Joa I, Johannessen JO, Ruud T. Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry. *Int J Law Psychiatry*. 2013; 36 (2): 136-43, <http://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.01.006>.
- [56] Luo C, Chen H, Zhong S, Guo H, Li Q, Cai W, et al. Manic episode, aggressive behavior and poor insight are significantly associated with involuntary admission in patients with bipolar disorders. *PeerJ*. 2019; 7: e7339, <http://doi.org/10.7717/peerj.7339>.
- [57] Canova Mosele PH, Chervenski Figueira G, Antonio Bertuol Filho A, Ferreira de Lima JAR, Calegario VC. Involuntary psychiatric hospitalization and its relationship to psychopathology and aggression. *Psychiatry Res*. 2018; 265: 13-8, <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.031>.
- [58] Di Lorenzo R, Vecchi L, Artoni C, Mongelli F, Ferri P. Demographic and clinical characteristics of patients involuntarily hospitalized in an Italian psychiatric ward: a 1-year retrospective analysis. *Acta Biomed*. 2018; 89 (6-S): 17-28, <http://doi.org/10.23750/abm.v89i6-S.7392>.
- [59] Feeney A, Umama-Agada E, Gilhooly J, Asghar M, Kelly BD. Gender, diagnosis and involuntary psychiatry admission in Ireland: A report from the Dublin Involuntary Admission Study (DIAS). *Int J Law Psychiatry*. 2019; 66: 101472, <http://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101472>.
- [60] de Jong MH, Oorschot M, Kamperman AM, Brussaard PE, Knijff EM, van de Sande R, et al. Crucial factors preceding compulsory psychiatric admission: a qualitative patient-record study. *BMC Psychiatry*. 2017; 17 (1): 350, <http://doi.org/10.1186/s12888-017-1512-y>.

- [61] van der Post LF, Peen J, Dekker JJ. A prediction model for the incidence of civil detention for crisis patients with psychiatric illnesses; the Amsterdam study of acute psychiatry VII. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2014; 49 (2): 283-90, <http://doi.org/10.1007/s00127-013-0742-7>.
- [62] Singh SP, Burns T, Tyrer P, Islam Z, Parsons H, Crawford MJ. Ethnicity as a predictor of detention under the Mental Health Act. *Psychological medicine*. 2014; 44 (5): 997-1004, <http://doi.org/10.1017/S003329171300086X>.
- [63] Myklebust LH, Sorgaard K, Rotvold K, Wynn R. Factors of importance to involuntary admission. *Nord J Psychiatry*. 2012; 66 (3): 178-82, <http://doi.org/10.3109/08039488.2011.611252>.
- [64] Myklebust LH, Sorgaard K, Wynn R. Local psychiatric beds appear to decrease the use of involuntary admission: a case-registry study. *BMC Health Serv Res*. 2014; 14: 64, <http://doi.org/10.1186/1472-6963-14-64>.
- [65] Kalisova L, Raboch J, Nawka A, Sampogna G, Cihal L, Kallert TW, et al. Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2014; 49 (10): 1619-29, <http://doi.org/10.1007/s00127-014-0872-6>.
- [66] Thomsen C, Starkopf L, Hastrup LH, Andersen PK, Nordentoft M, Benros ME. Risk factors of coercion among psychiatric inpatients: a nationwide register-based cohort study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2017; 52 (8): 979-87, <http://doi.org/10.1007/s00127-017-1363-3>.
- [67] Hotzy F, Hengartner MP, Hoff P, Jaeger M, Theodoridou A. Clinical and socio-demographic characteristics associated with involuntary admissions in Switzerland between 2008 and 2016: An observational cohort study before and after implementation of the new legislation. *Eur Psychiatry*. 2019; 59: 70-6, <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.04.004>.
- [68] Günther MP, Kirchebner J, Lau S. Identifying Direct Coercion in a High Risk Subgroup of Offender Patients With Schizophrenia via Machine Learning Algorithms. *Frontiers in psychiatry*. 2020; 11: 415, <http://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00415>.
- [69] Schmitz-Buhl M, Gairing SK, Rietz C, Haussermann P, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E. A retrospective analysis of determinants of involuntary psychiatric in-patient treatment. *BMC Psychiatry*. 2019; 19 (1): 127, <http://doi.org/10.1186/s12888-019-2096-5>.
- [70] Juckel G, Haussleiter I. [Involuntary admissions in accordance to the Mental Health Act (PsychKG) - what are the strongest predictors?]. *Psychiatr Prax*. 2015; 42 (3): 133-9, <http://doi.org/10.1055/s-0034-1369866>.
- [71] Ng XT, Kelly BD. Voluntary and involuntary care: three-year study of demographic and diagnostic admission statistics at an inner-city adult psychiatry unit. *Int J Law Psychiatry*. 2012; 35 (4): 317-26, <http://doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.04.008>.
- [72] Lepping P, Steinert T, Gebhardt RP, Rottgers HR. Attitudes of mental health professionals and lay-people towards involuntary admission and treatment in England and Germany--a questionnaire analysis. *Eur Psychiatry*. 2004; 19 (2): 91-5, <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.11.001>.
- [73] Steinert T, Lepping P, Baranyai R, Hoffmann M, Leherr H. Compulsory admission and treatment in schizophrenia: a study of ethical attitudes in four European countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2005; 40 (8): 635-41, <http://doi.org/10.1007/s00127-005-0929-7>.
- [74] Morandi S, Silva B, Bonsack C, Golay P. Propensity to decide on involuntary hospitalisation in primary medical care: Dispositional or situational determinants? *International Journal of Law and Psychiatry*. 2020; 69: 101552, <http://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101552>.
- [75] <https://www.baselland.ch/politik-und-behorden/direktionen/sicherheitsdirektion/kindes-erwachsenenschutz>. [Accessed date: 31.05.2021].
- [76] <https://www.regierungsrat.bs.ch/geschaefte/berichte.html>. [Accessed date: 25.05.2021].
- [77] Kanton Graubünden. Budget 2020. Finanzplan 2021–2023. Jahresprogramm 2020. <https://www.gr.ch/DE/institutionen/verwaltung/dfg/ds/dokumentation/Budget%202015/Budgetbotschaft%202020.pdf>; 2020.
- [78] <https://www.ow.ch/de/politik/justizmain/publikationen-judikative/>. [Accessed date: 31.05.2021].
- [79] <https://sh.ch/CMS/Webseite/Kanton-Schaffhausen/Beh-rde/Justiz/Obergericht/Portal-Obergericht-723295-DE.html>. [Accessed date: 31.05.2021].

- [80] Gesetz über die Einführung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches Vom 4. April 1954 (Stand 1. März 2020), RS-SO 211.1.
- [81] <https://obergericht.tg.ch/das-gericht/rechenschaftsbericht.html/7357>. [Accessed date: 25.05.2021].
- [82] <https://www.zg.ch/behoerden/regierungsrat/finanzen-und-geschaeftsberichte>. [Accessed date: 25.05.2021].
- [83] Diartis. <https://www.diartis.ch/fr/solutions/klibnet>. [Accessed date: 25.05.2021].
- [84] Diartis. <https://www.diartis.ch/fr/solutions/kiss>. [Accessed date: 25.05.2021].
- [85] Diartis. <https://www.diartis.ch/fr/solutions/casenet>. [Accessed date: 25.05.2021].
- [86] Delta Logic. <https://www.deltalogic.ch/fr/>. [Accessed date: 25.05.2021].
- [87] Abraxas. <https://www.abraxas.ch/fr/solutions/applications-metier/administration-de-la-justice-et-offices-des-poursuites/juris-pour-les-organisations-actives-dans-le-milieu-juridique>. [Accessed date: 25.05.2021].
- [88] Abraxas. <https://www.abraxas.ch/fr/solutions/applications-metier/management>. [Accessed date: 03.06.2021].
- [89] CIGES. <https://www.ciges.ch>. [Accessed date: 25.05.2021].
- [90] Nytingnes O, Ruud T, Rugkåsa J. 'It's unbelievably humiliating'—Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. *International journal of law and psychiatry*. 2016; 49: 147-53.
- [91] de Haan L, van Amelsvoort T, Dingemans P, Linszen D. Risk factors for medication non-adherence in patients with first episode schizophrenia and related disorders; a prospective five year follow-up. *Pharmacopsychiatry*. 2007; 40 (6): 264-8, <http://doi.org/10.1055/s-2007-992141>.
- [92] Berry K, Ford S, Jellicoe-Jones L, Haddock G. PTSD symptoms associated with the experiences of psychosis and hospitalisation: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*. 2013; 33 (4): 526-38, <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.011>.
- [93] Office fédérale de la statistique (OFS). <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/somed.html>. [Accessed date: 18.10.2021].
- [94] Office fédéral de la statistique (OFS). <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/psa.html>. [Accessed date: 18.10.2021].
- [95] Office fédéral de la statistique (OFS). <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/sdapaz.html>. [Accessed date: 18.10.2021].
- [96] von Peter S, Aderhold V, Cubellis L, Bergström T, Stastny P, Seikkula J, et al. Open Dialogue as a Human Rights-Aligned Approach. 2019; 10 (387): <http://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00387>.
- [97] Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ). <https://www.anq.ch/fr/telechargement/?category=3068>. [Accessed date: 31.08.2021].