

Limitons les placements à des fins d'assistance au strict nécessaire

Prise de position de la Fondation Pro Mente Sana sur la pratique actuelle en matière de placements à des fins d'assistance (PAFA) en Suisse

Tables des matières

1.	Introduction	3
1.1	Contexte historique	3
1.2	Situation légale actuelle.....	4
1.3	Fréquence des placements à des fins d'assistance	5
1.4	Réglementation du pouvoir de placement dans les cantons	6
1.5	Évaluations du droit de la protection de l'adulte.....	6
2.	Expériences de personnes ayant fait l'objet d'un placement à des fins d'assistance	8
3.	Revendications de Pro Mente Sana	10
4.	Perspectives	18
	Références.....	19

© 2022 Fondation Pro Mente Sana

Édition originale en allemand : Automne 2022 / Édition traduction française : Hiver 2022/2023

Auteur·trice·s : Caroline Gurtner, Urs Wüthrich, Sandra Joos, Rebeka Eckstein, Nadia Pernollet et Roger Staub

Avant-propos

La prise de position de la Fondation Pro Mente Sana sur la pratique actuelle en matière de placements à des fins d'assistance (PAFA) en Suisse présente le contexte dans lequel s'inscrivent les PAFA et constitue la base de nos cinq revendications visant à améliorer la qualité de la pratique actuelle dans ce domaine et à réduire considérablement le nombre de ces placements. Le contenu de la prise de position se concentre, d'une part, sur le moment où la décision de PAFA est ordonnée et, d'autre part, sur l'admission dans l'institution psychiatrique. Les aspects relatifs au traitement appliqué et à la prise en charge psychiatrique adoptée dans l'institution une fois la mesure de PAFA ordonnée ne sont pas abordés. La prise de position s'adresse aux professionnel·les impliqué·es dans le cadre de l'exécution des mesures de PAFA mais aussi aux personnes concernées, aux personnes intéressées et aux responsables politiques.

Avec l'entrée en vigueur du nouveau droit de la protection de l'adulte (DPA), en 2013, la mesure de « privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFA) », applicable jusqu'alors, a été remplacée par celle du « placement à des fins d'assistance (PAFA) ». La Fondation Pro Mente Sana estime toutefois que la réduction du nombre de placements en institution que ce changement devait entraîner, d'après les pronostics à l'époque de l'introduction du nouveau droit, ne s'est à ce jour pas confirmée. Au contraire, d'après les chiffres disponibles (14 500 placements en 2019), il apparaît clairement que les mesures de PAFA sont de manière générale beaucoup trop fréquents. Les nombreux témoignages de personnes concernées décrivant le déroulement de mesures de PAFA dont elles ont fait l'objet comme traumatisant renforcent encore davantage la Fondation Pro Mente Sana dans sa volonté de s'adresser aux autorités compétentes, aux politiques et au public dans le cadre de cette prise de position afin de formuler les cinq exigences décrites ci-après.

Selon le discours officiel, il n'est pas possible d'expliquer complètement les différences cantonales très marquées en ce qui concerne les taux de PAFA à l'échelle nationale (allant de 0,42 admissions pour 1000 habitant·es dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures à 2,34 dans celui de Schaffhouse, avec une moyenne nationale de 1,7). En revanche, il est évident que le risque d'être exposé·e à une mesure de contrainte privative de liberté n'augmente ou ne diminue pas en fonction de caractéristiques liées aux patient·es mais plutôt en fonction des caractéristiques régionales du cadre de prise en charge (existence ou non d'offres intermédiaires et ambulatoires et d'équipes de soins, par ex.), du nombre et de la qualification des personnes habilitées à ordonner des mesures de contrainte ainsi que de leur attitude face aux mesures de contrainte.

Nos revendications visent également à ce que les mesures de PAFA ordonnées de manière justifiée et conforme au sens de la loi soient mises en œuvre « à des fins d'assistance ». En d'autres termes, cela signifie éviter les grands déploiements de police, avec menottage et gyrophares, et privilégier la prise en charge de manière calme, compréhensive et discrète ayant pour objectif l'assistance et l'offre d'un soutien et d'une thérapie appropriés, comparables à l'assistance qu'une compagnie aérienne devrait offrir en cas d'annulation d'un vol réservé.

1. Introduction

1.1 Contexte historique

Au 20^e siècle, la Suisse a adopté une pratique de soins administratifs. Juridiquement, on entendait par là l'internement forcé de personnes dans une institution, généralement psychiatrique, mais aussi dans des institutions sans prise en charge médicale, notamment pour l'exécution de peines prononcées suite à un comportement « indécent », « paresseux » ou « asocial » (German, 2014). En Suisse, entre 50 000 et 60 000 personnes issues pour la plupart de milieux sociaux défavorisés ont été concernées par un tel placement institutionnel décidé par une autorité administrative (German, 2014).

En 1981, un premier jalon a été posé en vue de mettre ces placements administratifs en adéquation juridique avec le principe d'État de droit. C'était le début de la réglementation de ce que l'on entend aujourd'hui par placement à des fins d'assistance, à savoir une mesure distincte du droit pénal et du droit des étrangers, et c'est à cette époque que le terme « privation de liberté à des fins d'assistance » a été introduit dans le code civil, applicable à l'échelle fédérale. Cette évolution est intervenue après la ratification par la Suisse de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH), en 1974, sous la pression de divers groupements de la société civile, notamment Pro Mente Sana, et de plusieurs avocat·es engagé·es. Cette réglementation fédérale a remplacé dans toute la Suisse les bases légales cantonales de l'époque relatives aux placements administratifs, qui s'inscrivaient alors dans le cadre de textes législatifs relatifs aux soins ou à la police. Désormais, l'exécution des placements était du ressort des autorités de tutelle. Pour la première fois, il était également question d'assistance, alors qu'auparavant on parlait uniquement de prise en charge administrative. La notion d'assistance repose sur celle du bien-être de la personne concernée et son application requiert une appréciation minutieuse. Cette première étape de réglementation a par ailleurs été l'occasion d'affiner la définition des critères, désormais plus stricts, justifiant l'ordonnance d'une mesure de privation de liberté à des fins d'assistance et d'introduire pour la personne concernée une possibilité de recours auprès d'un tribunal.

Une autre étape importante dans la pratique juridique a été franchie en 2013, avec l'introduction du droit actuel de la protection de l'enfant et de l'adulte. Depuis lors, on ne parle plus de « privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFA) », mais de « placement à des fins d'assistance (PAFA) ». Selon nous, l'intégration de la notion d'« assistance » dans la désignation de la mesure a essentiellement une visée programmatique, qui est tout de même importante. Et si le changement de nom ne change pas la nature de la mesure, la désignation actuelle de « placement à des fins d'assistance » constitue néanmoins pour toutes les personnes et instances impliquées dans l'exécution des PAFA, notamment les médecins, les professionnel·les de la santé, les autorités de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA) et les tribunaux, une obligation d'examiner soigneusement et de manière critique pour chaque cas particulier si les conditions d'un PAFA sont effectivement réunies. Par ailleurs, le changement de loi en 2013 a constitué une amélioration significative au niveau de la protection juridique. Jusqu'en 2012, la protection juridique était lacunaire et la procédure de recours durait

souvent beaucoup trop longtemps pour les personnes concernées. Désormais, un tribunal doit rendre sa décision dans les cinq jours suivant le dépôt du recours.

1.2 Situation légale actuelle

Les bases légales du PAFA se trouvent aux art. 426 ss du Code civil (CC) ainsi que dans les lois cantonales d'exécution. Bien que relevant du droit civil, le prononcé d'une mesure de PAFA constitue un acte de droit administratif. Les dispositions de procédure suivent par conséquent les principes du droit public, en particulier ceux du droit constitutionnel et du droit administratif.

La condition préalable au prononcé d'une mesure de PAFA est l'existence d'un état de faiblesse défini de manière exhaustive par la loi : trouble psychique, déficience mentale ou grave état d'abandon. L'état de faiblesse doit nécessiter une assistance ou un traitement qui ne peuvent être fournis autrement que par une mesure de PAFA dans une institution appropriée (art. 426, al. 1, CC). La charge que la personne représente pour ses proches ou pour des tiers est mentionnée à l'art. 426, al. 2, CC comme élément supplémentaire pouvant être pris en considération, mais ne peut pas justifier à elle seule une mesure de PAFA. Compte tenu de la gravité de l'atteinte à la liberté personnelle que représente une mesure de PAFA, il convient, dès lors qu'il est envisagé de prononcer une telle mesure, de procéder systématiquement à un examen de la proportionnalité par rapport aux droits fondamentaux de la personne. L'examen de la proportionnalité garantie par la Constitution fédérale exige d'examiner au cas par cas l'adéquation, la nécessité et le caractère raisonnable du PAFA. En d'autres termes, cela signifie que si l'un de ces trois critères de proportionnalité n'est pas rempli, par exemple lorsqu'une mesure moins incisive serait suffisante, le PAFA n'est pas admissible. En ce qui concerne la question du caractère raisonnable de la mesure de PAFA, il convient d'examiner au cas par cas si la restriction considérable des droits fondamentaux, notamment de la liberté personnelle, du droit à l'autodétermination de la personne concernée et de sa liberté de mouvement, est justifiée.

En application de ce principe constitutionnel, le Tribunal fédéral exige impérativement, comme condition complémentaire, la présence d'un risque sérieux de mise en danger de la personne elle-même. La mise en danger d'autrui peut également être prise en compte, selon certaines conditions. Si, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral et de la Cour européenne des droits de l'homme, la mise en danger d'autrui ne justifie pas à elle seule un PAFA, étant donné que celui-ci vise à garantir l'assistance d'une personne en raison de sa vulnérabilité particulière, dans la pratique, elle joue cependant souvent un rôle important. D'ailleurs, la délimitation entre la mise en danger de soi et celle d'autrui, qui doit être évaluée de manière précise, n'est souvent pas effectuée lors de l'examen. L'argument avancé est qu'en cas de mise en danger d'autrui, une personne a également besoin de protection et doit être empêchée de commettre une infraction grave. L'aspect de l'intérêt public entre alors dans la pesée des intérêts.

Il est important de souligner que le PAFA constitue dans ces cas de figure une mesure de contrainte portant uniquement sur le placement en institution. En revanche, il n'est pas permis d'appliquer simultanément un traitement médicamenteux contre la volonté de la personne concernée. La médication forcée, tout comme les mesures d'isolement ou d'immobilisation d'une personne, ne

peuvent entrer en ligne de compte que dans une situation d'urgence menaçant la santé de la personne (art. 435 CC) ou pour une personne incapable de discernement, lorsqu'il n'existe pas de mesure médicale appropriée moins rigoureuse (art. 434 CC).

En principe, c'est l'APEA qui est compétente pour ordonner un placement à des fins d'assistance (art. 428, al. 1, CC). La règle de délégation de l'art. 429 CC a toutefois donné aux cantons la possibilité de déléguer la compétence d'ordonner un placement à des médecins. La plupart des cantons ont fait usage de cette marge de manœuvre, si bien que dans l'ensemble de la Suisse, la plupart des mesures PAFA sont prononcées par des médecins et seul un petit pourcentage est ordonné par l'APEA. Les cantons sont libres de définir la compétence des médecins et il en résulte de grandes différences entre les cantons. Dans le projet de loi relatif au nouveau droit de protection de l'enfant et de l'adulte, il avait été prévu que les cantons ne puissent désigner que des médecins « aptes ». Le critère d'aptitude a cependant été supprimé lors des débats parlementaires. Ainsi, tou-tes les médecins, quelle que soit leur domaine de spécialité, peuvent en principe prononcer une mesure de protection. Les seules conditions sont le fait d'avoir suivi des études de médecine et d'avoir réussi un examen d'État suisse ou d'être titulaire d'un diplôme équivalent (Bloch/Steck, FHB Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, N 9.206). Un principe de procédure s'applique toutefois dans l'ensemble des cantons, à savoir que les médecins qui placent les personnes concernées doivent les examiner et les entendre personnellement (art. 430, al. 1, CC).

1.3 Fréquence des placements à des fins d'assistance

En 2019, plus de 14 500 personnes ont été placées en Suisse contre leur gré dans un hôpital psychiatrique. Cela correspond à un taux de 1,7 placements pour 1000 habitant·es. Ce taux est resté stable au cours des dernières années (Obsan, 2019). En comparaison internationale, il est toutefois élevé (Sheridan Rains et al., 2019). Sur l'ensemble des personnes hospitalisées en Suisse dans un établissement psychiatrique, environ une sur cinq a été admise contre sa volonté (Schuler, Tuch & Peter, 2018). Les placements concernent surtout des personnes d'âge moyen ayant un diagnostic de schizophrénie, de trouble affectif ou encore de trouble lié à la consommation d'alcool. Chez les personnes plus âgées, les diagnostics les plus fréquents sont les troubles psychiques organiques et diverses maladies dégénératives du système nerveux (Obsan, 2019). Les personnes âgées présentant un de ces diagnostics restent souvent plus de sept semaines à l'hôpital. Un quart des personnes placées à des fins d'assistance quittent l'hôpital en l'espace d'une semaine.

La fréquence des hospitalisations en PAFA varie considérablement selon les cantons. Certains, comme ceux d'Appenzell Rhodes-Intérieures (taux de 0,42 en 2019), de Nidwald (0,72) ou du Valais (0,79) affichaient en 2019 et au cours des années précédentes un taux de PAFA bien inférieur à la moyenne nationale. Les cantons de Schaffhouse (taux de 2,34), de Zurich (2,18), de Vaud (2,16) et de Thurgovie (1,98) ont constamment affiché un taux de PAFA élevé au cours des dernières années, tout comme ceux de Neuchâtel (1,83) et de Genève (1,8) (Obsan 2019). Les différences marquées entre les taux de placement des différents cantons n'ont à ce jour pas pu être complètement expliquées (Hotzy, Theodorou & Jäger, 2020). Selon des études internationales et nationales, ce ne sont pas tant des caractéristiques liées aux patient·es qui expliquent de ces différences, mais plutôt des

caractéristiques régionales liées au cadre général de prise en charge, l'attitude face à la contrainte des professionnel·les impliqué·es dans l'exécution des PAFA ainsi que leurs qualifications professionnelles qui ont une influence sur la fréquence des ordonnances de PAFA et sur la qualité de leur mise en œuvre (Steinert & Flammer, 2019 ; Hotzy, Theodorou & Jäger, 2020).

1.4 Réglementation du pouvoir de placement dans les cantons

La réglementation des modalités d'ordonnance des mesures de PAFA diffère selon les cantons suisses. On ne distingue pas moins de dix modèles différents. Le nombre des médecins habilité·es à ordonner le placement varie de huit (canton de Bâle-Ville) à plusieurs milliers (canton de Zurich). La plupart des cantons prévoient que l'ensemble des médecins établi·es peuvent ordonner une hospitalisation en PAFA, quel que soit leur domaine de spécialisation. Dans certains cantons, le droit d'ordonner un placement n'est attribué qu'aux médecins spécialistes d'un domaine donné, aux médecins urgentistes et/ou aux médecins investi·es d'une autorité officielle (Hermann et al., 2018).

Le canton de Bâle-Ville constitue une exception. Dans ce canton, seul un petit groupe de huit médecins officiel·les est autorisé à ordonner un PAFA. Une étude comparative a attesté de la bonne qualité de cette réglementation, car les médecins en question disposent d'une grande expérience et échangent entre eux·elles. Toutefois, d'autres cantons dotés d'un système de médecins officiel·les, notamment les cantons d'Argovie et de Saint-Gall, ont eu des difficultés à recruter de nouveaux médecins et ont donc abandonné ce système (Conseil d'État du canton d'Argovie, 2016 ; Marcel-Oberriet et al., 2015 ; Schwenkel & Ritz, 2018).

1.5 Évaluations du droit de la protection de l'adulte

Le nombre élevé des placements dans certains cantons a parfois donné lieu à des interventions parlementaires au Conseil national (Estermann, 2018) ou dans des instances cantonales, notamment dans le canton de Zurich (Furrer et al., 2018) et dans le canton de Vaud (Vuilleumier et al., 2017). Ces interventions avaient pour but de demander des explications et/ou d'instaurer des mesures visant à réduire les taux de PAFA. Le Conseil fédéral est entré en matière concernant la motion Estermann et a ordonné une évaluation complète du nouveau droit de la protection de l'adulte. Les résultats sont attendus dans le courant du premier semestre 2022.

Dans le canton de Zurich, la loi cantonale sur la protection de l'adulte (EG KESR) a également été évaluée. Le résultat de cette enquête a été publié en novembre 2020. Selon le rapport, la loi sur la protection de l'adulte a globalement fait ses preuves. La question de la qualification des médecins habilité·es à ordonner un placement a toutefois suscité des appréciations controversées selon les différent·es expert·es interrogé·es. Il ressort des expériences faites par les hôpitaux psychiatriques que les médecins expérimenté·es dans l'ordonnance de PAFA (c'est-à-dire qui ordonnent fréquemment des placements) établissent des décisions de PAFA plus cohérentes sur le fond et plus correctes sur la forme (Borchard et al., 2020). Une autre étude (Hoff, 2018) est parvenue à la conclusion que de nombreux médecins se sentaient dépassé·es par l'évaluation censée donner lieu ou non à un PAFA et souhaitaient se décharger de cette responsabilité. Une grande partie des

professionnel·les interrogé·es étaient d'avis que les médecins qui ordonnent un PAFA devraient en principe disposer d'une formation spécifique, par ex. en psychiatrie (Borchard et al., 2020).

En 2017, 3 543 personnes ont fait l'objet d'un PAFA dans le canton de Zurich ; 1 % des décisions de placement avait été émis par l'APEA. Parmi les décisions de placement prises par des médecins, près de 25 % émanaient d'un hôpital somatique, environ 20 % d'un·e médecin de famille, 20 % d'un·e médecin urgentiste et 20 % d'un·e psychiatre (Borchard et al., 2020).

Le rapport d'évaluation a constaté un besoin d'amélioration en matière de formation continue des médecins au sujet des PAFA. Cette formation continue est légalement obligatoire dans le canton de Zurich (EG KESR). La participation à un cours de formation continue n'est cependant pas contrôlée. Le nombre des participant·es a donc diminué au cours des dernières années. Un autre point critique mentionné dans le rapport d'évaluation concerne le fait que, lors des entretiens de sortie à la fin d'un PAFA, la question des mesures à prendre pour la suite est trop rarement abordée avec les personnes concernées. De même, les démarches visant l'établissement, en collaboration avec la personne concernée, d'un accord (idéalement écrit) sur la manière d'éviter dans la mesure du possible l'ordonnance d'un nouveau PAFA à l'avenir sont trop rares (Borchard et al., 2020).

Les auteur·trices du rapport concluent par conséquent qu'à l'avenir, la compétence en matière d'ordonnance de PAFA devrait être confiée à un groupe restreint de médecins spécialement formé·es. Ils·elles recommandent en outre l'instauration d'un principe de double contrôle, impliquant que toute mesure de PAFA soit ordonnée par deux spécialistes qualifié·es (dont un·e médecin). Les auteur·trices ajoutent enfin qu'il convient, si le besoin (déterminé sur la base d'une évaluation individualisée) est avéré, de mettre en place une mesure contraignante de suivi, pour autant que celui-ci permette d'éviter une nouvelle mesure de placement.

2. Expériences de personnes ayant fait l'objet d'un placement à des fins d'assistance

Les expériences vécues par les personnes ayant été concernées par un placement à des fins d'assistance sont très individuelles. Deux tendances se dégagent néanmoins : une partie des personnes concernées estime a posteriori que le placement sous contrainte était justifié et que cette expérience était globalement positive. Ces personnes se trouvaient, au moment de la décision de PAFA, dans une situation personnelle compliquée qui les dépassait et ont pu, grâce à cette mesure, retrouver une forme d'apaisement. Elles ont également perçu l'hospitalisation liée au PAFA comme un soutien, dans la mesure où leurs besoins individuels étaient pris en compte et où des relations raisonnablement agréables étaient possibles avec les autres patient·es.

Une autre partie des personnes ayant fait l'objet d'une mesure de placement, à une ou plusieurs reprises, jugent cette expérience négative voire très négative. Cela s'explique, d'une part, par le fait que l'hospitalisation n'était pas volontaire et qu'elle a été vécue comme un acte de contrainte. Y compris a posteriori, les personnes en question estiment que l'hospitalisation n'était pas justifiée et qu'elle n'était pas bénéfique sur le plan thérapeutique. Les expériences de contrainte et de violence au moment du placement sont décrites comme particulièrement pénibles voire traumatisantes. Lorsque la police intervient, il arrive que les policier·ères aient recours à la violence. Et lorsque les agent·es de police ou le personnel hospitalier ne parviennent pas à désamorcer suffisamment la situation, il arrive même que la personne placée soit blessée physiquement. L'alerte donnée à la police, par exemple par des voisin·es ou des passant·es, les éventuelles scènes de violence qui s'ensuivent ou encore le fait d'être menotté·e pour le transfert jusqu'à l'hôpital sont ressenties comme dégradants par les personnes concernées ou déclenchent des sentiments de honte.

Étant donné qu'en outre, un traitement à base de médicaments sédatifs est souvent administré dès l'arrivée à l'hôpital, la personne hospitalisée n'est pas en mesure de faire valoir ses droits ou de les revendiquer. Pour les personnes souffrant de psychose, la situation est encore aggravée par le fait qu'elles ne sont généralement pas comprises par le personnel hospitalier, car la communication est difficile. La sensation d'incompréhension est particulièrement douloureuse pour ces personnes.

Les expériences négatives vécues dans le cadre d'un PAFA poussent les personnes concernées à éviter à tout prix toute nouvelle hospitalisation, même sur une base volontaire. Les personnes ayant fait l'objet d'un placement souhaitent donc que davantage d'entretiens visant à tenter de prendre en compte leur vécu soient organisés dès leur admission. Le recours à des pair·es praticien·nes peut également être perçue comme utile et soutenante dans ce cadre puisque ces intervenant·es, du fait de leur expérience personnelle, sont susceptibles d'entrer en lien différemment avec la personne concernée et peuvent ainsi faire office de « médiateur·trice ».

De manière générale, il convient de souligner que les personnes en situation de crise souhaitent également bénéficier d'une protection et d'une assistance, et qu'elles ont par conséquent besoin d'un environnement qui favorise la désescalade. De même, il est important d'adopter une approche

compréhensive et d'organiser des entretiens dans le cadre du suivi afin de parler des expériences vécues et de les digérer. Les proches devraient également si possible être présent·es dans ce processus, car pour eux et elles aussi, un PAFA peut être très perturbant.

3. Revendications de Pro Mente Sana

Les situations conduisant à ordonner la mise en œuvre d'un PAFA sont généralement complexes. En effet, l'approche fondée sur l'assistance implique nécessairement de trouver un équilibre entre, d'une part, le respect de l'autonomie de la personne concernée et de son autodétermination et, d'autre part, le devoir d'assistance du professionnel ou de la professionnelle qui prononce la mesure de placement (Hoff, 2018). Même si l'on met aujourd'hui davantage l'accent sur l'encouragement et le maintien de l'autonomie et de l'autodétermination, cela ne supprime pas la tension existante.

Le placement forcé dans une institution psychiatrique constitue avant tout pour les personnes concernées par une mesure de PAFA une expérience désagréable et lourde de conséquences (Hermann et al., 2018). Si certaines personnes acceptent la situation a posteriori, d'autres nécessitent à la suite de leur hospitalisation sous contrainte un soutien thérapeutique afin de parvenir à digérer ce qu'elles ont vécu durant cette période. Vu sous cet angle, il semble essentiel que le taux d'ordonnances de PAFA soit aussi faible que possible et que l'on s'efforce d'obtenir une mise en œuvre comparable dans tous les cantons afin de garantir l'égalité de traitement des personnes concernées (Hermann et al., 2018).

Par les cinq exigences suivantes, Pro Mente Sana entend créer les conditions nécessaires à une amélioration qualitative de la mise en œuvre des PAFA et à une réduction quantitative de ces placements dans l'ensemble de la Suisse.

Nous demandons ...

- ... que la privation de liberté résultant d'une mesure de PAFA soit exclusivement appliquée comme une mesure d'*ultima ratio*, tel que l'exige la loi. Cela signifie que le placement à des fins d'assistance ne doit être ordonné que lorsqu'il n'existe effectivement aucune alternative. Au niveau structurel, les cantons doivent veiller à prévoir une offre ambulatoire suffisante.
- ... que les professionnel·les habilité·es à prononcer un PAFA soient impérativement au bénéfice d'une qualification spécialisée attestée par l'obtention d'un certificat (régulièrement renouvelé).
- ... que le principe du double contrôle soit systématiquement appliqué en cas de prononciation d'une mesure de PAFA.
- ... que les personnes placées dans une institution dans le cadre d'un PAFA soient entendues et informées de leurs droits, en particulier celui de faire appel à une personne de confiance et celui de déposer un recours contre la mesure. Si c'est impossible au moment de l'admission à l'hôpital en raison de l'état de crise dans lequel se trouve la personne, ces démarches doivent être entreprises sans délai dès que l'état de la personne concernée le permet.

- ... qu'après chaque mesure de PAFA, un débriefing soit impérativement organisé avec les personnes impliquées (professionnel·le référent·e & équipe de soins interprofessionnelle) et que la personne concernée y soit invitée.

1^{ère} exigence

« Nous demandons que la privation de liberté résultant d'une mesure de PAFA soit exclusivement appliquée comme une mesure d'ultima ratio, tel que l'exige la loi. Cela signifie que le placement à des fins d'assistance ne doit être ordonné que lorsqu'il n'existe effectivement aucune alternative. Au niveau structurel, les cantons doivent veiller à prévoir une offre ambulatoire suffisante. »

En Suisse, le traitement des personnes souffrant de troubles psychiques est principalement axé sur les hospitalisations. À ce jour, la psychiatrie stationnaire traditionnelle demeure l'approche dominante. Certes, certaines régions disposent d'un réseau de soins ambulatoires bien développé, mais il existe à cet égard de grandes différences entre les cantons (Gassmann & Bridler, FHB Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, N 9.71). Nous considérons par conséquent que le droit constitutionnel à la liberté personnelle est ainsi violé si la probabilité de subir une mesure de PAFA est beaucoup plus élevée dans un canton de domicile donné, uniquement parce que les offres de soins alternatives y font défaut. Une mesure d'*ultima ratio*, c'est-à-dire une solution de dernier recours, implique l'existence de mesures alternatives plus douces. Les cantons ont donc l'obligation de compléter leurs services psychiatriques par des offres de soutien socio-psychiatrique.

Outre la conception hospitalo-centrée des services psychiatriques cantonaux, le problème principal réside avant tout dans le manque cruel de structures axées sur la communauté, par exemple des centres de crise spécialisés dans l'accueil en période de phase de crise aiguë ou des offres différenciées et à bas seuil, comme les appartements protégés. D'autre part, la disposition des services psychiatriques à intervenir là où le symptôme ou la nécessité d'une intervention psychosociale professionnelle apparaît (dans le cadre familial, professionnel, scolaire, etc.) est toujours insuffisante. Il arrive bien sûr qu'une hospitalisation en milieu psychiatrique soit nécessaire, mais cela devrait être l'exception absolue et non la règle.

Dans son initiative en faveur d'une pratique de soins psychiatriques fondée sur les droits humains et centrée sur la personne, l'OMS souligne également que les offres disponibles doivent se baser sur les besoins des bénéficiaires et offrir, en situation de crise, le soutien dont la personne concernée a besoin à ce moment précis (OMS, 2019). De même, l'approche du rétablissement étant prônée en guise de cadre de bonnes pratiques, il convient de souligner que les offres axées sur le rétablissement ne peuvent jamais reposer sur la contrainte. Ici aussi, les cantons sont appelés à mettre en place et à développer des structures d'offre idoines afin de pouvoir proposer des

alternatives à l'hospitalisation et de pouvoir réagir dans le cadre d'un PAFA aux besoins évolutifs des personnes concernées.

Pour l'heure, il n'existe en Suisse que peu d'offres non hospitalières établies et de structures pouvant représenter dans le cadre des PAFA une alternative à l'intervention de crise et pouvant faire office de référence pour la planification cantonale en matière de structures de soins à bas seuil. Le Tessin, avec l'initiative de l'hôpital psychiatrique de Mendrisio, est l'un des rares cantons à s'être démarqué avec le projet de « traitement aigu à domicile ». Le projet est financé par des fonds prélevés sur les ressources de l'hôpital psychiatrique de Mendrisio, ce qui permet de réduire en même temps les soins psychiatriques dispensés à l'hôpital.

Les « Orientations et dossiers techniques [de l'OMS] relatifs aux services de santé mentale communautaires », publiés en juin 2021, énumèrent également une sélection d'offres de soutien ambulatoires, axées sur le rétablissement et pouvant être appliquées au contexte suisse. Concrètement, les équipes de soins de proximité pluridisciplinaires permettent par exemple d'évaluer au domicile de la personne concernée la nécessité d'une mesure de PAFA afin de chercher avec elle des solutions pour surmonter la crise. Ce n'est que si cette option n'est pas possible qu'un PAFA devrait être mis en place.

Pro Mente Sana demande donc une analyse détaillée des offres déjà existantes dans les cantons, en particulier dans ceux où le taux de PAFA est élevé et où les offres ambulatoires ou semi-hospitalières font défaut ou sont limitées, ainsi que la mise en place ou le renforcement rapide d'une telle offre. Pro Mente Sana demande également que dans tous les cantons, il soit prioritairement fait appel à des unités de soins mobiles pour procéder à la première évaluation de situations pouvant donner lieu à l'ordonnance d'un PAFA. Cette équipe de soins doit être pluridisciplinaire, composée de médecins, de spécialistes en psychiatrie et/ou psychologie et de pair-es praticien·nes en santé mentale.

2^e exigence

« Nous demandons que les professionnel·les habilité·es à prononcer un PAFA soient impérativement au bénéfice d'une qualification spécialisée attestée par l'obtention d'un certificat (régulièrement renouvelé). »

Les exigences en matière de qualification et d'expérience posées aux médecins habilité·es à placer des personnes contre leur gré à des fins d'assistance varient d'un canton à l'autre. Il est évident que les différences en matière de qualification et d'expérience se répercutent sur la qualité des décisions de PAFA. Le manque de disponibilité et d'indépendance des professionnel·les du corps médical qui prononcent les mesures de PAFA ou encore l'hétérogénéité des procédures appliquées dans les

situations exceptionnelles sont autant de cas de figure où le manque de qualité se manifeste clairement (Hermann et al., 2018).

Même s'il est impossible d'expliquer complètement les différences de taux de PAFA en Suisse (de même qu'au niveau international, d'ailleurs), une étude menée à Genève a montré que limiter la compétence de prononcer des PAFA aux médecins ayant une formation psychiatrique entraînait une réduction du taux des placements (Hotzy et al. 2020). Le manque d'expérience et la méconnaissance des conditions légales font en effet partie de la problématique, car dans de nombreux cantons, tous les médecins sont de fait habilités à ordonner un PAFA. C'est également ce que révèle une enquête menée par le Conseil d'État du canton de Zurich auprès de quatre hôpitaux au sujet des raisons expliquant possiblement le taux élevé de PAFA dans ce canton. D'après les conclusions de cette enquête, différents facteurs sont susceptibles d'expliquer ce taux : la compétence à prononcer des PAFA accordée largement à toutes les médecins, quelle que soit leur domaine de spécialité, le faible nombre de psychiatres dans les services d'urgence de proximité ainsi que la pression du temps et le manque de compétences psychiatriques des médecins urgentistes dans les services d'urgence somatiques.

Pro Mente Sana demande donc une politique restrictive en matière d'habilitation à prononcer des placements ou la mise en place d'une obligation de qualification et de recertification régulière pour les professionnel·les habilités à ordonner des mesures de PAFA (Hermann et al., 2018). Dans ce contexte, il convient de définir un standard minimal de connaissances et de compétences nécessaires pour ordonner des PAFA, ce qui, dans l'idéal, conduira en parallèle à une uniformisation des pratiques.

Pro Mente Sana demande en outre que l'ensemble des personnes habilitées à ordonner des mesures de PAFA soient titulaires d'un « titre de spécialiste en psychiatrie » ou que la compétence en matière d'ordonnance de PAFA soit clairement limitée à certains groupes de médecins. Les offres de formation postgraduée et continue ainsi que la (re)certification des groupes de médecins habilités doivent inclure les thèmes suivants :

- la législation actuelle, y compris le droit de faire appel à une personne de confiance dès le moment de l'évaluation en vue de la prononciation éventuelle du PAFA ;
- la pratique juridictionnelle concrète concernant les cas de recours ;
- des connaissances médicales en psychiatrie ;
- les directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) sur les « mesures de contrainte en médecine » ;
- des connaissances sur les offres intermédiaires et de proximité existantes et l'obligation d'examiner la possibilité de recourir à une telle offre avant de prononcer un PAFA ;
- les techniques de désescalade, entraînements pratiques y compris.

3e exigence

« Nous demandons que le principe du double contrôle soit systématiquement appliqué en cas de prononciation d'une mesure de PAFA. »

Le PAFA constitue une atteinte grave aux droits fondamentaux et à la liberté individuelle de la personne. L'introduction du principe du double contrôle lors de l'ordonnance d'une mesure de PAFA permet de mettre en place une instance de contrôle supplémentaire servant à protéger les droits de la personne menacée d'un placement sous contrainte.

Les personnes traversant une crise psychique ont particulièrement besoin de protection et d'assistance. Les interventions axées sur les valeurs personnelles de personnes psychologiquement affaiblies, agitées voire déjà agressives verbalement requièrent en premier lieu une qualification conséquente de la part des professionnel·les. En outre, elles supposent cependant aussi de disposer de suffisamment de temps, avec une attention entière pour la personne concernée, et de pouvoir accueillir cette dernière dans un environnement rassurant et désencombré. L'objectif du principe du double contrôle est donc d'éviter de prononcer des PAFA injustifiés.

Pro Mente Sana exige par ailleurs le recours systématique à une personne qualifiée supplémentaire qui ne soit pas médecin et qui soit indépendante du ou de la médecin qui ordonne la mesure. Il serait envisageable de créer une sorte de pool d'urgence composé de professionnel·les non-médecins actif·ves dans le domaine de la santé et/ou du social (y compris des pair·es praticien·nes), qui seraient convoqué·es par le·la médecin de garde et qui pourraient se rendre sur place dans un délai donné. La personne appelée à intervenir doit disposer de connaissances sur les techniques de désescalade et contribue ainsi à un environnement apaisant. Une communication et un comportement apaisants permettent de désamorcer à temps de nombreuses situations critiques.⁴

4e exigence

« Nous demandons que les personnes placées dans une institution dans le cadre d'un PAFA soient entendues et informées de leurs droits, en particulier celui de faire appel à une personne de confiance et celui de déposer un recours contre la mesure. Si c'est impossible au moment de l'admission à l'hôpital en raison de l'état de crise dans lequel se trouve la personne, ces démarches doivent être entreprises sans délai dès que l'état de la personne concernée le permet. Les cantons veillent à ce qu'un nombre suffisant de représentant·e-s légal·e·s qualifié·e·s soient disponibles en temps utile. »

La dernière révision de la loi, en 2013, a apporté des améliorations significatives en matière de protection juridique. Si les cantons ont conservé leur pouvoir de réglementer l'organisation de la procédure relative aux PAFA, des normes minimales devant être respectées dans tous les cantons ont été définies au niveau fédéral. Le plus important de ces droits est celui de déposer auprès d'un tribunal un recours contre un placement ordonné par l'APEA ou un·e professionnel·le de la santé, contre le refus d'une demande de sortie définitive ou contre une décision de maintien à l'hôpital psychiatrique ordonné à la suite d'une admission volontaire. Il est également important de mentionner ici le délai de cinq jours ouvrables dans lequel le tribunal doit ensuite statuer sur ce recours. Ces droits sont aujourd'hui incontestés et, pour autant que l'on puisse en juger, généralement respectés.

Il n'en est pas de même concernant le droit des personnes concernées d'être examinées et entendues par le·la médecin qui ordonne le placement (art. 430, al. 1, CC). Dans la pratique, les spécialistes chargé·es du placement ne sont souvent pas conscient·es du fait que la mesure qu'ils ou elles ordonnent constitue une décision juridique. Or, cela implique que la personne doit être entendue au préalable, que les raisons essentielles de la décision doivent lui être communiquées et que le·la professionnel·le doit tenir compte de son avis.

Pro Mente Sana demande aux professionnel·les qui ordonnent des placements de toujours accorder à la personne concernée le droit d'être entendue lorsqu'une mesure de PAFA est décidée. Il s'agit d'expliquer, du point de vue de la personne qui ordonne le placement, quel est le motif limitativement énuméré dans la loi (trouble psychique, déficience mentale ou grave état d'abandon) qui justifie la mesure, en quoi consiste la mise en danger de soi-même et pourquoi l'hospitalisation est la seule option qui permette de porter assistance à la personne qui fait l'objet du placement. La personne concernée doit pouvoir prendre position à ce sujet et le·la professionnel·le chargé·e du placement doit tenir compte de cette position avant de prendre sa décision et l'intégrer dans ses considérations. Il convient également de discuter des alternatives possibles au PAFA. Il va de soi que cette audition ne peut pas être aussi exhaustive que lors d'un interrogatoire devant un tribunal. Toutefois, la loi exige qu'un minimum de droit d'être entendu soit accordé, avant même la prise de décision médicale, et ce y compris dans une atmosphère éventuellement agitée.

L'article 430 du CC exige en outre que les constatations conduisant au placement, les motifs et le but de la mesure ainsi que l'indication des voies de recours soient consignés par écrit. Cette disposition, comme d'ailleurs toutes les prescriptions du CC, doit être considérée comme un standard minimum. Il est toujours possible d'en faire plus, comme par exemple documenter, au moins sous forme de mots-clés, les déclarations de la personne concernée. Les formulaires de PAFA dans les cantons devraient être complétés en conséquence.

Depuis l'introduction du nouveau droit de la protection de l'adulte, en 2013, les personnes hospitalisées contre leur gré peuvent désigner une personne de confiance. Cette personne peut être désignée à l'avance au moyen de directives anticipées en psychiatrie, donc par exemple pour les personnes qui, en raison de leur état de santé, s'attendent à être éventuellement hospitalisées sous PAFA. Il est également possible de désigner une personne de confiance lors de l'admission à l'hôpital ou en cours d'hospitalisation. La personne de confiance peut soutenir la personne placée de la manière suivante : assistance dans les questions administratives, médiation en cas de conflits, participation à l'élaboration d'un plan de traitement et soutien dans les contacts avec les autorités. La personne de confiance n'est pas un·e curateur·trice, mais elle est avant tout présente pour offrir un accompagnement, de la médiation et/ou des conseils sur une base volontaire et privée.

Dans certains cantons, il existe des dispositions légales qui obligent les institutions à informer la personne placée qu'elle a la possibilité de faire appel à une personne de confiance. Pro Mente Sana demande que cette information fasse partie intégrante de la procédure de PAFA dans tous les cantons. Les institutions devraient ainsi mettre en place une liste de points à vérifier dans le cadre de la mise en œuvre et de l'assurance de la qualité des mesures de PAFA et devrait par conséquent comprendre une question pour demander à la personne placée si elle a été informée de son droit à faire appel à une personne de confiance. En outre, si la personne placée décide de ne pas faire usage de ce droit, il convient, à des fins de contrôle de la qualité, de consigner par écrit le motif de ce rejet.

Le droit de recours ancré dans le CC n'a qu'un effet limité si les personnes concernées ne trouvent pas d'avocat·e·s pour les représenter dans la pratique lors d'une demande de libération ou d'un recours. D'une part, il n'y a que peu d'avocat·e·s indépendant·e·s disposé·e·s à représenter professionnellement des client·e·s dans des procédures d'aide à la décision dans le domaine de la protection de l'adulte et de l'aide à la décision. D'autre part, le problème du manque de représentant·e·s juridiques s'aggrave considérablement pour les personnes sans ressources. Et cela concerne particulièrement les personnes placées à des fins d'assistance. En effet, nombre d'entre elles souffrent depuis longtemps de problèmes de santé, ont perdu leur emploi et leur revenu et ont également épuisé leur fortune. Pour elles, il existe certes la possibilité de déposer une demande d'assistance judiciaire gratuite. Mais peu d'avocat·e·s travaillant dans le domaine des PAFA sont prêts à effectuer le travail pour les honoraires relativement modestes que les tribunaux accordent dans le cadre de l'assistance juridique gratuite. C'est notamment pour ces raisons que de nombreuses personnes concernées n'ont pas accès à la justice.

Il appartient aux cantons de décider de quelle manière ils entendent assurer une représentation juridique suffisante en termes quantitatifs et convaincante en termes qualitatifs. On peut par exemple imaginer un système s'inspirant des services de piquet cantonaux et régionaux mis en place pour les arrestations.

5e exigence

« Nous demandons qu'après chaque mesure de PAFA, un débriefing soit impérativement organisé avec les personnes impliquées (professionnel·le référent·e & équipe de soins interprofessionnelle) et que la personne concernée y soit invitée. »

L'article 436 du CC ne prévoit un entretien de sortie que pour les patient·es présentant un risque de rechute. Pro Mente Sana exige cependant qu'après chaque mesure de PAFA, un entretien de suivi soit organisé avec le·la professionnel·le/l'autorité qui a prononcé le placement de la personne et l'équipe de traitement interdisciplinaire (surtout les psychiatres et les membres de l'équipe infirmière) de l'institution. La responsabilité de sa réalisation doit incomber à l'instance qui a ordonné le placement et peut avoir lieu pendant ou après l'hospitalisation. Le débriefing sert au contrôle de la qualité et devrait, à long terme, conduire à une réduction du nombre des PAFA. Des données probantes montrent que des débriefings structurés avec la personne concernée entraînent une réduction de la durée et de la fréquence des mesures limitatives de liberté, mais dans la pratique, leur réalisation reste à ce jour l'exception (Whitecross et al., 2013 ; Steinert & Hirsch, 2019).

La personne qui a fait l'objet du PAFA devrait être invitée à l'avance à participer au débriefing et être informée du sens et du but de celui-ci. L'aspect le plus important est que la personne ayant été placée ait ainsi la possibilité de faire valoir son point de vue et de susciter une réflexion chez les professionnel·les impliqué·es. En outre, les débriefings aident ces dernier·ères à évaluer la qualité de la mise en œuvre des PAFA et à développer des stratégies visant à éviter les traumatismes. L'apprentissage mutuel est également favorisé. La participation de la personne concernée serait souhaitable, mais sur une base volontaire.

4. Perspectives

En résumé, il apparaît que la modification de la loi sur la protection de l'adulte n'a pas encore conduit en lien avec les PAFA à l'amélioration souhaitée au niveau de la mise en œuvre. Pour y parvenir, il est nécessaire de prévoir des mesures de sensibilisation ciblées et de poursuivre l'approfondissement de la thématique, idéalement avec l'ensemble des groupes de personnes concernés, en vue d'une application commune. Les expériences des personnes ayant fait l'objet d'une mesure de PAFA devraient en particulier être valorisées dans ce contexte.

Dans le but d'améliorer la pratique liée à l'application des PAFA, Pro Mente Sana prévoit des actions aux niveaux national, cantonal et administratif. Au niveau national, des procédures uniformes concernant la mise en œuvre des mesures de PAFA doivent conduire à l'établissement d'une pratique basée sur le principe de l'« assistance ». L'introduction de listes de points à vérifier obligatoirement et la systématisation des débriefings devraient quant à elles contribuer à une amélioration qualitative de la pratique relative à l'application des PAFA. Au niveau cantonal, les autorités responsables sont tenues d'élargir leurs structures de soins avec des offres à bas seuil et axées sur la communauté, en s'inspirant des exemples de bonnes pratiques dans les cantons de Bâle-Ville et du Tessin (tirées du livret anniversaire de PMS). Les autorités impliquées dans l'ordonnance et la mise en œuvre des PAFA, notamment les APEA et la police, doivent régulièrement bénéficier d'une formation par une équipe d'expert·es de Pro Mente Sana (composée d'un·e psychiatre, d'un·e juriste et de pair·es praticien·nes en santé mentale).

Eu égard à l'évaluation de la pratique des PAFA demandée par le Conseil fédéral, dont les résultats devraient être disponibles au printemps 2022, il convient également de vérifier si la Suisse remplit les exigences des articles 12 et 14 de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées ou si des adaptations du droit de la protection de l'adulte s'imposent.

Références

- Bloch, B., Steck D. «Fürsorgerische Unterbringung». In: Fountoulakis/Affolter-Fringeli/Biderbost/Steck (Hrsg.), Fachhandbuch Kindes- und Erwachsenenschutzrecht. Zürich, Basel, Genf 2016, S. 402–428
- Borchard, B., Liener, P., Bieri, R., Kaufmann, P., Vogel, U., Simmler, M., Walser, S. «Evaluation des Einführungsgesetzes zum Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (EG KESR) im Kanton Zürich». In: Justizvollzug und Wiedereingliederung Kanton Zürich, Schlussbericht vom 24.06.2020
- Bundesamt für Justiz. «Evaluation der Bestimmungen zur fürsorgerischen Unterbringung (FU; Art. 426 ff. ZGB)». Projektausschreibung vom 09.07.2020
- Departement des Innern des Kantons St. Gallen. «Wirkungsbericht und II. Nachtrag zum Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht». Bericht und Entwurf, 17.10.2017
- Dietiker, T., Fischer-Lamprecht, L. «Praxiserfahrungen mit den Mobilen Ärzten im Aargau». Interpellation vom 15.09.2020
- Eidgenössisches Büro des Innern EDI. «Antworten der Schweiz auf die List of Issues (LoI) zum Initialbericht der Schweiz zur UNO-BRK». 02.03.2021
- Estermann, Y. «Leichtfertige Zwangseinweisungen massiv verhindern». Motion 18.3654 vom 15.06.2018
- Furrer, A., Frei-Baumann, R., Daurù, A. «Fürsorgerische Unterbringungen reduzieren». Postulat (KR-Nr. 211/2018) vom 09.07.2018
- Gassmann, J., Bridler, R. «Fürsorgerische Unterbringung». In: Fountoulakis/Affolter-Fringeli/Biderbost/Steck (Hrsg.), Fachhandbuch Kindes- und Erwachsenenschutzrecht. Zürich, Basel, Genf 2016, S. 329–402
- Germann, U. P. «Die administrative Anstaltsversorgung in der Schweiz im 20. Jahrhundert. Bericht zum aktuellen Stand der Forschung». infoclio.ch, Das Schweizer Fachportal für die Geschichtswissenschaften, 2014
- Hermann, H., Hoff, P., Hotzy, F., Schneller, L., Theodoridou, A., Jäger, M. et al. (2018). «Fürsorgerische Unterbringung in psychiatrische Kliniken: Schwierigkeiten und Unterschiede in der praktischen Umsetzung». In: Schweizerische Ärztezeitung, 99(16):524–526.
doi: <https://doi.org/10.4414/saez.2018.05935>
- Hess-Klein, C. & Scheibler, E. Aktualisierter Schattenbericht: Bericht der Zivilgesellschaft anlässlich des ersten Staatenberichtsverfahrens vor dem UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bern 2022
- Hoff, P. «Standpunkt: Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien». Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuchâtel 2018
- Hotzy, F., Theodoridou, A., Jäger, M. «Fürsorgerische Unterbringung in der Schweiz: Hintergründe, Unterschiede, Strategien». In: Psychiatrie & Neurologie, 3/2020
- Kantonsrat St. Gallen, Bericht der Regierung. «Amtsärztinnen und Amtsärzte – Situation im Kanton St.Gallen». Beantwortung des Postulates 43.15.02 vom 07.03.2017
- Marcel-Oberriet, D. et al. «Amtsarzt-Situation im Kanton St. Gallen». Postulat 43.15.02 vom 16.09.2015

- Pro Mente Sana. «Autonomie stärken, Zwang eindämmen. Positionspapier zu Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie». Zürich 2013
- Pro Mente Sana. «Jubiläumsheft 40 Jahre Pro Mente Sana. Wie sich die Zeiten doch ändern?!». Zürich 2018
- Regierungsrat Kanton Aargau. Beantwortung der Interpellation von Dietiker, T. und Fischer-Lamprecht, L. vom 15. September 2020 betreffend Praxiserfahrungen mit den Mobilen Ärzten im Aargau. 16.12.2020
- Rose, D., Perry, E., Rae, S., Good, N. «Service User Perspectives on Coercion and Restraint in Mental Health». In: The British Journal of Psychiatry, 3/2017
- Schuler, D., Tuch, A., Peter, C. «Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien». In: Obsan Bulletin 2/2018. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel 2018
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan. «Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien, Indikatoren 2019». Abgerufen am 03.06.2021 unter <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/fuersorgerische-unterbringung-schweizer-psychiatrien>
- Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie. «Positionspapier der Deutschschweizer Sektion der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie: Wohnungslos und psychisch krank». 2019 Abgerufen am 08.02.2022 unter pp_sopsy_d_ch_wohnen_20190923.pdf (sozialpsychiatrie.ch)
- Schwenkel, C., Ritz, M. «Aufgabenüberprüfung betreffend die fürsorgerische Unterbringung im Kanton Basel-Stadt». Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern 2018
- Sheridan Rains, L. Zenina, T., Casanova Dias, M., Jones, R., Jeffreys, S. Branthonne-Foster, S. et al. «Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study.» In: Lancet Psychiatry, 6: 403–17, 2019
doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30090-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30090-2)
- Steinert, T., Flammer, E. «Häufigkeit von Zwangsmassnahmen als Qualitätsindikator für psychiatrische Kliniken?» In: Der Nervenarzt, 90(1), 35–39, 2019
- Steinert, T., Hirsch, S. (Eds.). «S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen». Springer-Verlag, 2019
- Steinfath, H., Pindur, A. «Patientenautonomie im Spannungsfeld philosophischer Konzeptionen von Autonomie». In: Patientenautonomie. Leiden, Niederlande: Brill | mentis, 2013
doi: https://doi.org/10.30965/9783897859661_004
- Vuilleumier, M. et consorts (N. N.). «Quand les PLAFAS ne plafonnent pas». Interpellation 17_INT_021 vom 05.09.2017
- Whitecross, F., Seear, A., Lee, S. «Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention». In: International journal of mental health nursing 22 (6), 512–521, 2013
doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12023>
- World Health Organization. «Strategies to end seclusion and restraint». WHO QualityRights Specialized training. Course guide. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Geneva 2019
- World Health Organization. «Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches». Geneva 2021

Conseils

Conceil psychosocial: par téléphone au **0840 000 062 (tarif local)** ou par courriel sur toute question portant sur la santé mentale et l'intégration sociale.

Conseil juridique: par téléphone au **0840 000 061 (tarif local)** ou par courriel sur toute question touchant aux droits des personnes handicapées ou malades psychiques.

Services gratuits qui s'adressent aux personnes concernées, à leurs proches ainsi qu'aux professionnels de la santé et du social. Les permanence psychosociale et juridique de Pro Mente Sana vous répondent les lundi, mardi et jeudi entre 10h et 13h.

Plus d'informations sur www.promentesana.org

À propos de nous

Pro Mente Sana s'engage pour la cause des personnes qui souffrent de maladie psychique et contre les préjugés et la stigmatisation. Politiquement indépendante et confessionnellement neutre, l'association romande Pro Mente Sana est une organisation privée d'intérêt public. Elle est financée par l'Office fédéral des assurances sociales, la République et canton de Genève ainsi que le canton de Vaud, par des collectivités publiques romandes, des dons privés des organismes d'utilité publique et les cotisations de ses membres. Elle travaille en collaboration avec la Fondation suisse Pro Mente Sana, basée à Zurich, dont elle a pour mission de réaliser les objectifs sur tout le territoire romand: En particulier de défendre les droits et les intérêts des personnes souffrant d'un handicap ou d'une maladie psychique et apporter conseil et soutien à ces personnes, à leurs proches et aux professionnels du domaine de la santé et du social.

Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana
Fondation Suisse Pro Mente Sana
Fondazione Svizzera Pro Mente Sana

Hardturmstrasse 261
8005 Zürich
Telefon 044 446 55 00
Beratung 0848 800 858 (Normaltarif)
kontakt@promentesana.ch
www.promentesana.ch

Association romande Pro Mente Sana

Rue des Vollandes 40
1207 Genève
T. 0840 0000 60 (tarif local)
F. 022 718 78 49
info@promentesana.org
www.promentesana.org