



Placements en établissement psychiatrique à des fins d'assistance

Point de vue

La psychiatrie a plus de relations avec les conditions sociales que d'autres disciplines médicales. Dans ce cadre, le «placement à des fins d'assistance» (PAFA) est un défi particulièrement exigeant pour *toutes* les parties concernées:

Les malades mentaux ont droit à un traitement rapide et efficace. Mais ils doivent pouvoir compter sur le respect de leur autonomie et être assurés que la contrainte ne sera utilisée qu'en dernier recours.

Dans toutes les sociétés démocratiques, des formes juridiques existent permettant, sous certaines conditions, le placement forcé dans une institution psychiatrique. Un «état de faiblesse», comme on l'appelle dans la loi, souvent une maladie mentale dont le traitement ne serait pas possible autrement, est une condition préalable obligatoire. Souvent, cela se manifeste par une menace pour la personne concernée et / ou son entourage.

La compétence de la psychiatrie à prendre des décisions souveraines touche l'identité de la branche: comment prendre une *décision médicale* de placement à des fins d'assistance ou de traitement forcé en accord avec l'identité professionnelle de la branche?

Le recours à la contrainte place l'expert psychiatre au centre d'un débat éthique et légal. Il s'agit de peser deux biens de grande valeur, l'autonomie du patient et le devoir d'assistance.

Il en ressort que nous avons besoin de plus de connaissances sur la mise en œuvre concrète des PAFA dans les cantons, de chiffres de plus en plus fiables et d'un débat pérenne, au-delà des clichés communs. Le public doit y être convié, mais la psychiatrie elle-même doit aussi accorder plus d'attention à ces questions, qui ne peuvent être entièrement déléguées.

Le présent bulletin offre une quelques clés essentielles pour l'analyse des objectifs énoncés.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff
Clinique de psychiatrie, psychothérapie et psychosomatique
Clinique psychiatrique universitaire de Zurich

En Suisse, une personne peut être placée contre son gré, à des fins de traitement et d'assistance, dans un établissement approprié. Ces «placements à des fins d'assistance» sont régis par le code civil suisse (voir l'encadré bleu: placements à des fins d'assistance). Un placement ne peut être ordonné que pour des personnes atteintes de troubles psychiques, de déficience mentale ou se trouvant dans un état grave d'abandon, et si le traitement et l'assistance nécessaires ne peuvent être fournis d'une autre manière. Les placements à des fins d'assistance, entament sérieusement le droit fondamental à la liberté personnelle. Ils ne peuvent être ordonnés qu'en dernier recours (Gassmann & Bridler, 2016).

Il paraît souhaitable, sur cette question sensible, de collecter des données complètes et précises et de mettre sur pied un système de monitoring. L'Obsan a déjà publié plusieurs études sur les placements psychiatriques à des fins d'assistance (p. ex. Christen & Christen, 2005; Camenzind & Sturny, 2015; Schuler et al. 2016). Mais les données disponibles étaient jusqu'ici incomplètes et les résultats n'ont pu être interprétés et publiés que moyennant certaines réserves. Pour l'année 2016, les données semblent être suffisamment complètes pour produire des résultats fiables aux niveaux national et cantonal. L'Obsan a dès lors entrepris d'analyser la question des placements à des fins d'assistance dans les établissements psychiatriques de Suisse. Nous présentons ici les résultats de ce travail. Il s'agit d'une étude descriptive qui pourrait servir de base à des analyses plus poussées. Le présent bulletin porte essentiellement sur les patientes et les patients qui ont été placés dans un service de psychiatrie en 2016 et sur les différences entre les cantons quant à la fréquence des placements à des fins d'assistance. Nous examinerons aussi – avec quelques réserves – l'évolution dans le temps du placement à des fins d'assistance et comparerons les chiffres de la Suisse avec ceux d'autres pays.

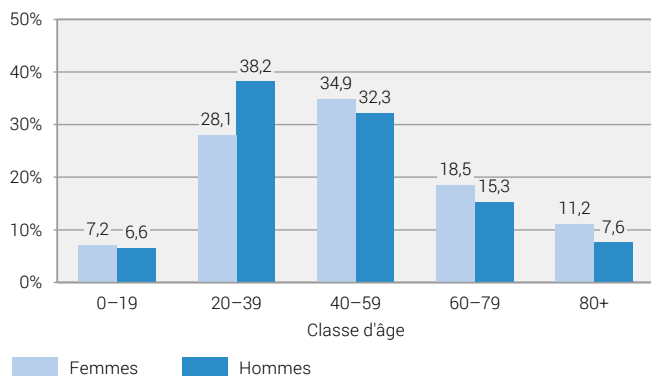
En raison d'une correction apportée à postériori par un canton pour le nombre de placements à des fins d'assistance, certaines données pour l'année 2016 sont inexactes (voir l'erratum de juin 2019)

Placements à des fins d'assistance en 2016

En 2016, 14 580 personnes domiciliées en Suisse ont été placées à des fins d'assistance dans une clinique ou un service psychiatrique en Suisse, soit 19,7% des cas traités en psychiatrie. Ces placements représentent un taux de 1,7 cas pour 1000 habitants (taux standardisé selon le sexe et l'âge).

Placements à des fins d'assistance: répartition par classes d'âge, en 2016

G1



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2016

© Obsan 2018

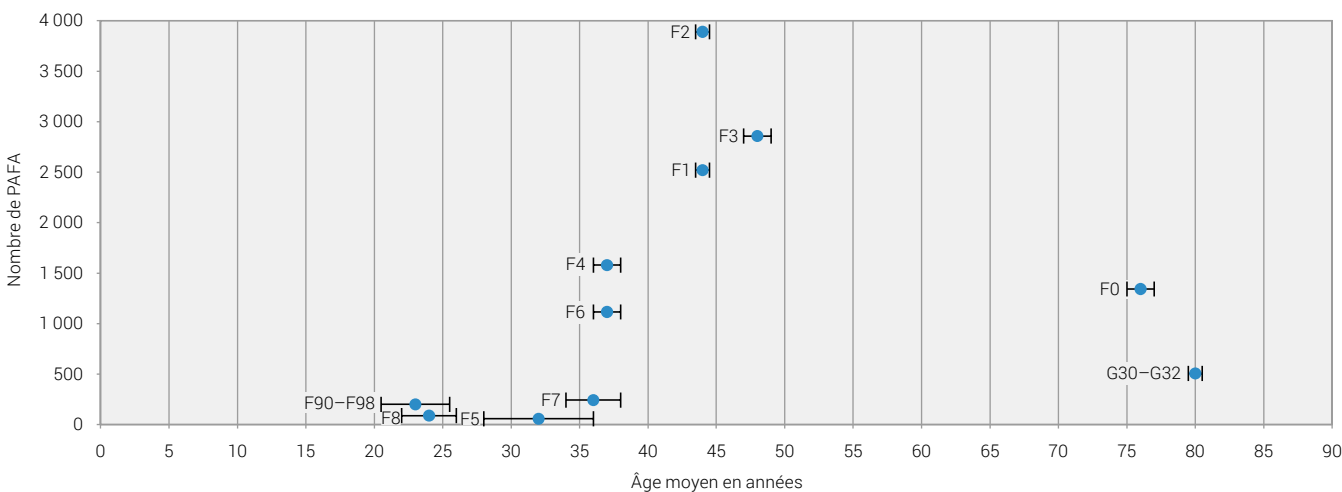
Environ 52% des placements concernent des hommes. C'est dans les classes d'âges moyennes que les placements sont les plus fréquents (voir G1): chez les hommes, dans la classe des 20-39 ans (38,2%), chez les femmes dans la classe des 40-59 ans (34,9%).

Les groupes de diagnostics les plus fréquents sont la *schizophrénie, les troubles schizotypiques et les troubles délirants* (CIM-10: F2; 27%), les *troubles affectifs* (F3; 20%) et les *troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives* (F1; 17%), notamment l'alcool. Les placements liés à ces diagnostics sont répandus surtout dans les classes d'âge moyennes. Dans les classes plus âgées, les motifs de placement les plus fréquents sont les *troubles mentaux organiques* (F0; p. ex. démence, delirium) et d'*Autres affections dégénératives du système nerveux* (G30-G32; p. ex. la maladie d'Alzheimer) (voir G2). Si l'on considère l'ensemble des hospitalisations psychiatriques, et non pas seulement les placements à des fins d'assistance, ce sont les troubles affectifs qui sont de loin les diagnostics les plus fréquents, suivis des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives.

Plus du quart des hospitalisations à des fins d'assistance n'ont pas duré plus d'une semaine (28,4%) et près de quatre cinquièmes des personnes placées avaient quitté l'établissement après six semaines de placement (78,6%; voir G3)¹. Pour un

Nombre de placements à des fins d'assistance (PAFA), par groupes de diagnostics et selon l'âge (moyenne), en 2016

G2



F0 Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques; n=1 343

F1 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives; n=2 520

F2 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants; n=3 890

F3 Troubles affectifs; n=2 858

F4 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes; n=1 580

F5 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques; n=58

F6 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte; n=1 116

F7 Retard mental; n=243

F8 Troubles du développement psychologique; n=89

F90-F98 Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence; n=201

G30-G32 Autres affections dégénératives du système nerveux; n=506

— Intervalle de confiance (95%)

Remarque: L'âge moyen et l'intervalle de confiance sont indiqués pour chaque groupe de diagnostics. Diagnostic principal psychiatrique (F) selon la classification internationale des maladies CIM-10 (OMS).

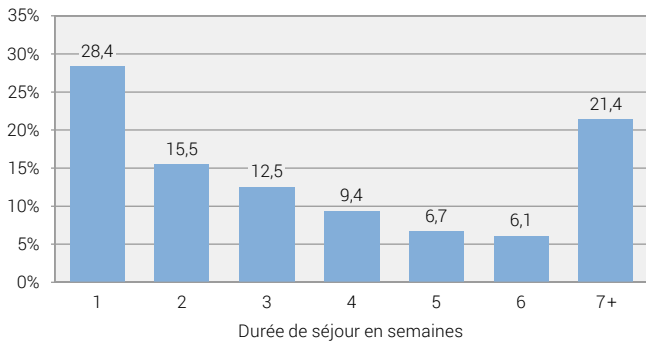
Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2016

© Obsan 2018

¹ Par durée de séjour, il faut entendre la durée totale du séjour en clinique, non la durée de validité de l'ordonnance de placement.

Durée de séjour en clinique des personnes placées à des fins d'assistance, en 2016

G3



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2016

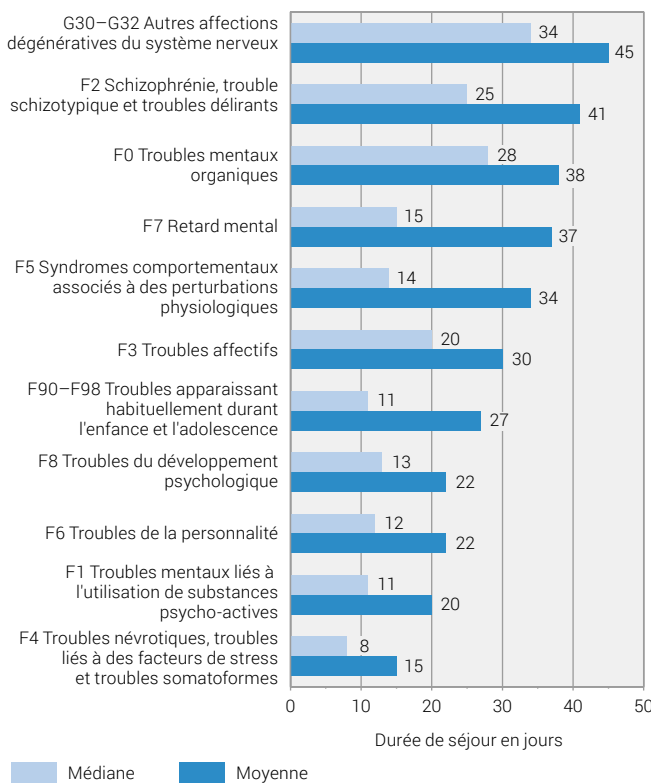
© Obsan 2018

cinquième des personnes placées (21,4%), le séjour en établissement psychiatrique a duré sept semaines ou plus. Les durées de séjour ne varient pas selon le sexe.

La durée moyenne de séjour en clinique des personnes placées à des fins d'assistance varie selon le diagnostic principal (voir G4). Ce sont les personnes atteintes de maladies dégénératives du système nerveux qui présentent les durées moyennes de séjour les plus longues, avec plus de six semaines. Les patients

Durée de séjour en clinique des personnes placées à des fins d'assistance, par groupe de diagnostics, en 2016

G4



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2016

© Obsan 2018

atteints de schizophrénie ou de troubles organiques restent en moyenne hospitalisés pendant plus de cinq semaines; dans le cas de troubles affectifs et de troubles liés à la prise de substances psycho-actives, la durée moyenne est de 30 resp. 20 jours. Dans tous les groupes de diagnostics, on observe une différence entre la durée de séjour moyenne et la durée de séjour médiane². Cela signifie qu'il y a, dans tous les groupes de diagnostics, des cas individuels dont la durée d'hospitalisation est particulièrement longue (valeurs extrêmes).

Après un placement à des fins d'assistance, la sortie est décidée dans la plupart des cas (78%) d'entente entre le patient et le médecin chargé du traitement. Dans 9% des cas, la sortie est décidée par le médecin, dans 7% des cas, par le patient contre l'avis du médecin. Les cas restants (environ 6%) relèvent de circonstances diverses (p.ex. initiative de tiers, décès du patient).

Après un placement à des fins d'assistance, 59% des personnes concernées rentrent à la maison, 31% entrent dans une institution (p.ex. un établissement médico-social, une clinique psychiatrique ou une clinique de réadaptation). Les 10% restants sont des personnes qui entrent dans un établissement d'exécution de peine, des personnes sans domicile fixe, des personnes décédées ou des personnes dont le lieu de séjour est autre ou inconnu.

Après leur sortie, les personnes placées reçoivent dans 60% des cas des soins psychiatriques, dans 19% des cas des soins somatiques et dans 12% des cas des soins dans un autre cadre (p.ex. centre de conseil et d'assistance, institution sociale, service social, psychothérapeute non médecin, personnel de soins, soins à domicile). Environ 2% demeurent sans soins après leur sortie, alors même que des soins étaient jugés souhaitables par le médecin, 7% sont des personnes décédées ou guéries ou sur lesquelles l'information manque.

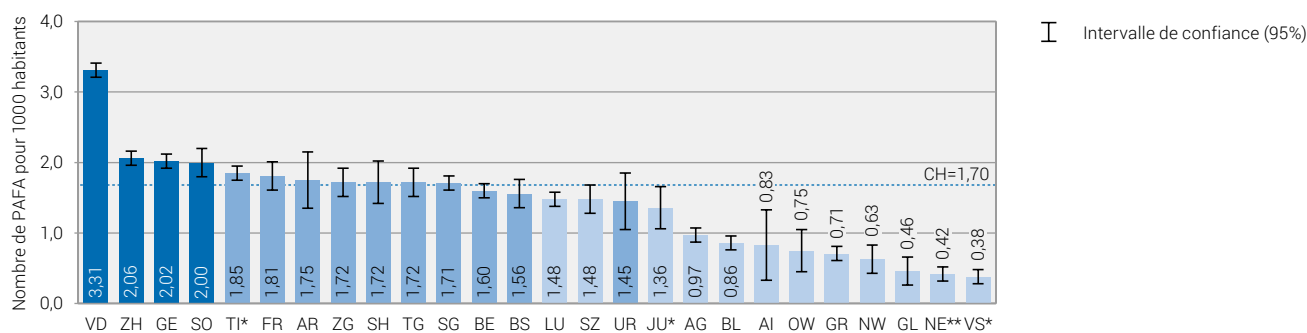
Différences entre les cantons en 2016

La grande variabilité intercantonale des taux de placement à des fins d'assistance a déjà été mise en évidence dans de précédentes publications (p.ex. Christen & Christen, 2005; Gassman, 2011). Des différences notables entre les cantons s'observent encore en 2016 (voir G5, G6).

Le taux de placement à des fins d'assistance est particulièrement élevé dans le canton de Vaud : 3,31 cas pour 1000 habitants. Dans les cantons de Zurich (2,06), de Genève (2,02) et de Soleure (2,00), les taux sont nettement moins élevés que dans le canton de Vaud, mais ils sont – de manière statistiquement significative – au-dessus de la moyenne suisse. Le taux le plus faible de placement à des fins d'assistance a été enregistré dans le canton du Valais (0,38).

² Durée de séjour médiane: la moitié des personnes hospitalisées effectuent un séjour de durée inférieure à la médiane, l'autre moitié un séjour de durée supérieure à la médiane. Contrairement à la moyenne, la médiane n'est pas sensible aux valeurs extrêmes.

Taux de placement à des fins d'assistance (PAFA), selon le canton de domicile des personnes placées, en 2016 G5



* plus de 10% de valeurs manquantes

** Pour NE, les données issues de la statistique médicale diffèrent fortement de celles de l'APEA (Rapport de la commission administrative des autorités judiciaires et du Conseil de la magistrature, Exercice 2016). Avec les chiffres présentés dans ce rapport, on obtiendrait un taux (non standardisé) d'environ 2,2 PAFA pour 1000 habitants.

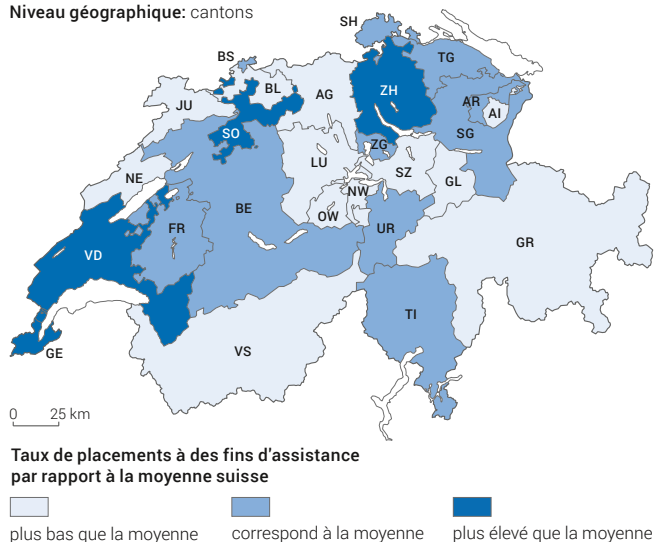
Remarque: les couleurs des colonnes correspondent à celles de la carte ci-après (G6). Les cantons sont répartis entre (a) taux de PAFA supérieur à la moyenne suisse (bleu foncé), (b) taux de PAFA proche de la moyenne suisse (bleu moyen) et (c) taux de PAFA inférieur à la moyenne suisse (bleu clair). Taux standardisés d'après la population européenne standard 2010.

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2016

© Obsan 2018

Placements à des fins d'assistance, en 2016 G6

Niveau géographique: cantons



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2016

© Obsan 2018

Les différences entre les législations cantonales, surtout les différences touchant l'autorité habilitée à ordonner les placements à des fins d'assistance, ont souvent été avancées comme explication possible des différences sensibles qu'on observe entre les cantons (p.ex. Christen & Christen, 2005; Kuhl, 2008). Suivant les cantons, les placements peuvent être ordonnés soit exclusivement par l'autorité de protection des enfants et des adultes (APEA), soit, en plus, par un groupe de médecins défini par le canton de manière plus ou moins large, p.ex. les *médecins cantonaux* ou les *médecins du canton spécialisés en psychiatrie* ou les *médecins du service cantonal de piquet pour les PAFA*, ou encore *tous les médecins spécialistes pratiquant dans le canton* ou *tous les médecins spécialistes pratiquant en Suisse*. Pour vérifier si les taux cantonaux dépendent de ce facteur (en 2016), les cantons ont été répartis en quatre groupes – sur la base des législations cantonales et d'un tableau établi par Pro Mente Sana (2015) – selon

que le placement à des fins d'assistance peut y être ordonné (1) par tous les médecins autorisés à pratiquer dans le canton, (2) par tous les médecins autorisés à pratiquer en Suisse, (3) par certains médecins (p.ex. les médecins cantonaux, les psychiatres, les médecins urgentistes), (4) par aucune instance médicale (seulement par l'APEA, sauf s'il y a *péril en la demeure*³).

On a admis par hypothèse qu'une grande partie des placements à des fins d'assistance sont ordonnés dans le canton de domicile de la personne placée et que c'est par conséquent la législation du canton de domicile de la personne placée qui s'applique. Aucune influence statistiquement significative de la législation sur le taux de placement n'a pu être démontrée. Tendanciellement, les cantons où les placements peuvent être ordonnés par tous les médecins autorisés à pratiquer en Suisse semblent avoir des taux de placement plus élevés que ceux où les placements ne peuvent être ordonnés que par les médecins autorisés à pratiquer dans le canton (voir G7). Une telle tendance paraît cependant peu plausible étant donné que la majorité des placements sont vraisemblablement ordonnés par des médecins exerçant dans le canton de domicile de la personne placée (même dans les cantons où les placements peuvent être ordonnés par des médecins pratiquant n'importe où en Suisse).⁴

D'autres facteurs d'explication pour les variations cantonales ont été avancés dans la littérature spécialisée: différences villes/campagnes, disparités dans les structures de prise en charge des patients, ou encore différences d'approche dans le domaine des placements à des fins d'assistance (p.ex. Kuhl, 2008; Riecher-Rössler & Rössler, 1992; Gassmann, 2011). Pour le facteur ville/campagne et pour les structures de prise en charge, on a vérifié le rapport entre le degré d'urbanisation⁵ des cantons et leurs

³ S'il y a *péril en la demeure*, le placement peut (sauf à Bâle-Campagne) être ordonné aussi par un médecin ou un groupe de médecins.

⁴ Si on considère, pour NE, le taux selon les chiffres de l'APEA (voir remarque sous G5), la tendance disparaît. Pour toutes les analyses suivantes, l'interprétation des résultats ne subit aucune modification.

⁵ Proportion d'habitants vivant dans les «centres urbains»; voir OFS, Niveaux géographiques, «Espace à caractère urbain» (www.statistique.ch → Trouver des statistiques → Thèmes transversaux → Analyses territoriales → Niveaux géographiques → Typologies territoriales)

Placements à des fins d'assistance : législation, différences entre les cantons

Le «placement à des fins d'assistance» est régi par les art. 426 ss du code civil suisse. Une personne souffrant de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou se trouvant dans un grave état d'abandon peut être placée dans une institution appropriée si l'assistance ou le traitement nécessaire ne peuvent lui être fournis d'une autre manière. La charge que la personne concernée représente pour ses proches ou pour des tiers, ainsi que la sécurité de ceux-ci, sont des éléments pris en considération. Ils peuvent constituer un critère additionnel pour ordonner le placement mais ne sauraient justifier à eux seuls le placement.

Le placement est ordonné par l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA), organe qui relève de la compétence des cantons. Les cantons peuvent, en plus de l'autorité de protection, autoriser des médecins à ordonner des placements pour une durée maximale de six semaines.

Les placements ordonnés par un médecin sont examinés, au plus tard à leur terme, par l'APEA, qui peut les prolonger. Tous les placements, même ceux qui n'ont pas été ordonnés par un médecin, doivent être réexaminés périodiquement, une première fois avant la fin des six premiers mois du placement.

La personne placée est libérée dès que les conditions du placement ne sont plus remplies. La personne placée ou un de ses proches peut en tout temps demander sa libération. La décision doit alors être prise sans délai.

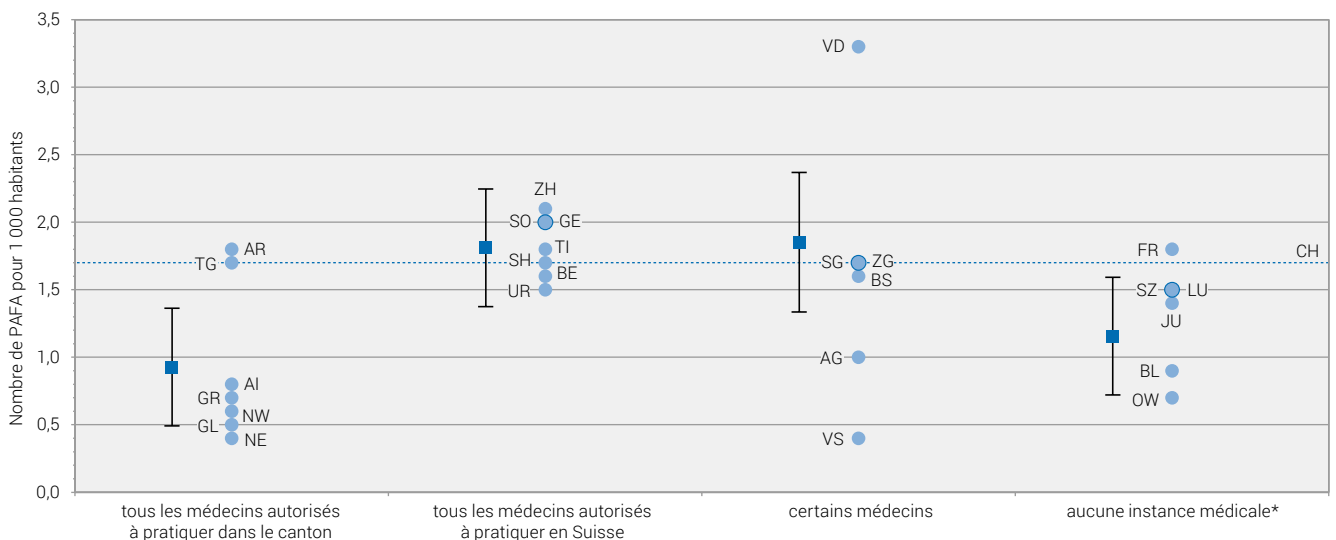
Avant 2013, la «privation de liberté à des fins d'assistance» (PLAFA) était réglée dans le cadre du droit de la tutelle. Avec la révision du code civil est entré en vigueur le nouveau droit de la protection de l'enfant et de l'adulte, qui comporte les dispositions sur le placement à des fins d'assistance. Le vocabulaire a été modernisé et quelques changements ont été apportés sur le fond pour améliorer la protection juridique des personnes et pour combler certaines lacunes (Gassmann & Bridler, 2016).

pratiques en matière de placements, et entre leur taux d'hospitalisation en psychiatrie et leur taux de placement à des fins d'assistance. Il existe une légère tendance (statistiquement non significative) pour les cantons fortement urbanisés à avoir des taux de placements à des fins d'assistance plus élevés (voir G8). Cela tient peut-être au fait qu'il y a plus de personnes présentant des troubles psychiques dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Aucun lien ne s'observe, en revanche, entre les

taux d'hospitalisation et les taux de placement à des fins d'assistance (voir G8). Les cantons où les hospitalisations psychiatriques sont plus nombreuses ne coïncident pas nécessairement avec ceux où les placements à des fins d'assistance sont plus fréquents. Les raisons des différences entre les cantons en matière de placements à des fins d'assistance semblent être complexes et on aurait besoin, pour les analyser, de données plus nombreuses et plus détaillées.

Les cantons selon leur taux de placement à des fins d'assistance (PAFA) et selon leur législation, en 2016

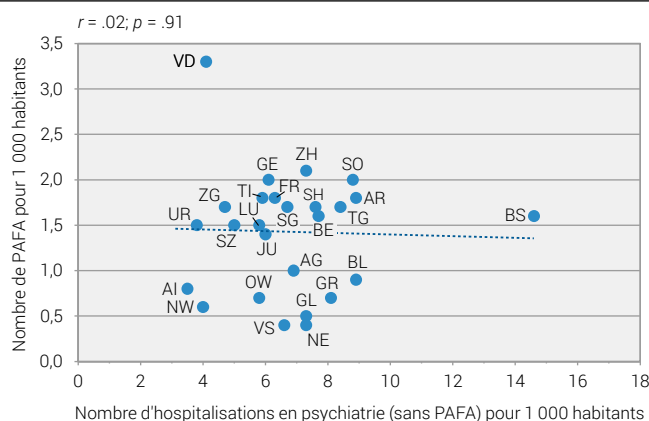
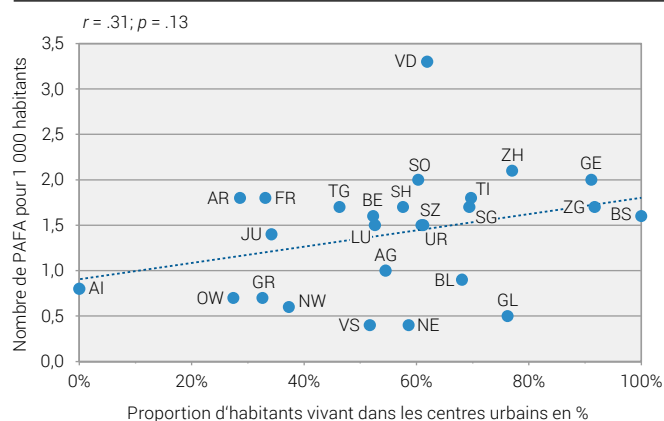
G7



* Dans tous les cantons de ce groupe, sauf Bâle-Campagne, le placement peut être ordonné par un médecin s'il y a *péril en la demeure*.
Remarque: outre la position de chaque canton (points), le graphique indique la moyenne de chaque groupe (carrés) et l'intervalle de confiance.

Les cantons selon leur taux de placement à des fins d'assistance (PAFA), leur taux d'urbanisation et leur taux d'hospitalisation en psychiatrie, en 2016

G8



Remarque: outre le coefficient de corrélation de Pearson, nous avons, au vu des valeurs extrêmes (VD, BS), calculé le coefficient de corrélation des rangs de Spearman: $r_s = .37; p = .07$ ou $r_s = .01; p = .63$. L'interprétation des résultats est la même dans les deux cas.

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2016

© Obsan 2018

Évolution dans le temps

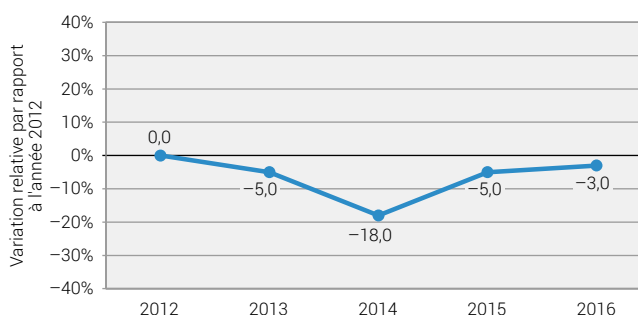
Dans les calculs visant à montrer l'évolution de la situation au cours du temps, il faut tenir compte de la qualité des données, qui s'est heureusement améliorée ces dernières années. Cette amélioration tient principalement au fait que quelques cliniques ont modifié leurs pratiques en matière de communication des données. Avant 2015/2016, les patients admis dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance n'y étaient pas enregistrés en tant que tels dans les statistiques. Aujourd'hui, ces admissions sont généralement enregistrées correctement. Pour éviter toute distorsion, on a écarté de la comparaison temporelle les cantons qui ont remis des données non plausibles ou incomplètes (voir l'encadré bleu: données et méthodes).

Si l'on considère l'évolution des chiffres pour l'ensemble de la Suisse au cours des dernières années, on constate, par rapport à 2012, une baisse du taux de placement à des fins d'assistance en 2013 et en 2014 (voir G9). En 2014, le recul par rapport à 2012 est de près de 20%. En 2015 et en 2016, les chiffres retrouvent leur niveau des années 2013 et 2012. Les raisons de la baisse de 2014 ne sont pas claires. Une explication possible pourrait résider dans le nouveau droit sur la protection de l'enfant et de l'adulte. C'est avec ce nouveau droit qu'on est passé en 2013 du système de la privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFA) au système du placement à des fins d'assistance (PAFA).

Si l'on tient compte, dans l'analyse, des cantons dont les données sont de qualité douteuse, on obtient pour les années 2015 et 2016 une forte augmentation par rapport à 2012. Cette augmentation correspond surtout aux placements à des fins d'assistance qui n'avaient pas été déclarés les années précédentes. On peut dès lors estimer que le taux de placement à des fins d'assistance avait probablement atteint au moins depuis 2012 à peu près son niveau de 2016 (1,7 cas pour 1000 habitants).

Variation relative du taux de placement à des fins d'assistance par rapport à l'année 2012, de 2012 à 2016

G9



Remarque: les cantons de FR, GE, JU, LU, SO et VD ont été écartés car leurs séries de données sont peu plausibles ou lacunaires.

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2012–2016

© Obsan 2018

Comparaisons internationales

Il n'existe malheureusement pas d'études récentes comparant les données sur les placements à des fins d'assistance dans différents pays. Selon l'étude de Dressing et Salize (2004), souvent citée mais un peu datée, le taux de placement à des fins d'assistance a varié (entre 1998 et 2000) dans les pays membres de l'UE (qui étaient alors au nombre de 15) entre 0,06 cas pour 1000 habitants (Portugal) et 2,18 cas pour 1000 habitants (Finlande). L'Autriche et l'Allemagne se situaient, avec des taux de 1,75, au deuxième rang derrière la Finlande. La part des placements à des fins d'assistance rapportée à l'ensemble des hospitalisations psychiatriques, également très variable, était comprise entre 3,2% (Portugal) et 30% (Suède). Steinert, Noorthoorn et Mulder (2014) ont comparé les mesures de contrainte psychiatriques en Allemagne et aux Pays-Bas. Ils font état d'un taux d'internement non volontaire de 1,72 pour 1000 habitants en Allemagne (2009) et

Données et méthodes

Les données sur les placements à des fins d'assistance proviennent de la statistique médicale des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Elles font partie des données complémentaires sur la psychiatrie que les cliniques et les hôpitaux collectent sur une base volontaire. Toutes les institutions ne livrent pas des données sur tous les patients traités en psychiatrie. Pour l'année 2016, nous disposons de données sur plus de 97% des cas psychiatriques, que l'admission ait ou non été effectuée dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance.

Les cas ici analysés se limitent aux *admissions* effectuées dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance en *clinique psychiatrique* ou dans une *division psychiatrique d'un hôpital de soins somatiques* (définition, voir Tuch, 2018). Pour les placements ordonnés au cours d'un séjour en clinique (maintien en clinique de personnes entrées de leur plein gré) et les placements dans d'autres institutions (p.ex. homes,

divisions de soins somatiques aigus), nous ne disposons pas de données pour toute la Suisse. Les taux de placement standardisés selon le sexe et selon l'âge sont basés sur la population européenne standard 2010.

Pour avoir, en plus des données sur 2016, une idée de l'évolution de la situation dans le temps, les cantons dont les cliniques ont fourni des données non plausibles ou lacunaires – p.ex. 0% de placements une année et 40% l'année suivante – ont été écartés des comparaisons dans le temps; il s'agit de FR, GE, JU, LU, SO, VD.

Dans certains graphiques, on a indiqué les intervalles de confiance. Ils facilitent l'interprétation des résultats. La valeur réelle se situe avec un degré de certitude de 95% dans l'intervalle de confiance indiqué. On peut ainsi juger si une différence est statistiquement significative ou si elle pourrait être aussi l'effet du hasard. La différence est statistiquement significative si les intervalles de confiance ne se chevauchent pas; elle n'est pas significative si les intervalles se chevauchent.

de 1,36 pour 1000 habitants aux Pays-Bas (2013). Dans les deux pays, cela représentait un peu moins de 11% de l'ensemble des hospitalisations. Si l'on compare le taux actuel de placement à des fins d'assistance en Suisse (1,7) avec ceux des pays mentionnés dans ces études, on constate qu'il se situe au-dessous des valeurs les plus élevées et qu'il est comparable aux taux de l'Allemagne et de l'Autriche. A noter toutefois que les taux des autres pays datent parfois du tout début du siècle.

Les études précitées font apparaître une fourchette assez large pour le taux de placement à des fins d'assistance et pour leur part à l'ensemble des hospitalisations psychiatriques. Mais les comparaisons internationales sont malaisées, les législations et les pratiques étant très différentes d'un pays à l'autre. Des différences existent, par exemple, dans les critères considérés pour le placement et dans les autorités habilitées à ordonner le placement (p.ex. médecins en général ou médecins diplômés en psychiatrie). En outre, certains pays exigent *plusieurs* avis d'experts, d'autres estiment qu'*un seul* avis suffit pour ordonner un placement. Dans quelques pays, les internements forcés s'accompagnent automatiquement de la nomination d'une assistance juridique (p.ex. avocat, travailleur social). La durée pour laquelle un premier placement peut être ordonné varie fortement selon les pays. La Suisse – où des médecins peuvent autoriser un premier placement pour une durée de six semaines – semble permettre une durée de placement assez élevée par rapport aux autres pays européens. D'autres pays limitent la durée du premier placement à un ou deux jours (Gassmann & Bridler, 2016).

Bilan

En Suisse, environ 20% des cas traités en psychiatrie sont hospitalisés dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance. Cela représente 1,7 cas pour 1000 habitants. Les données disponibles semblent indiquer que ce taux a été atteint il y a plusieurs années déjà et qu'il est relativement stable. Les placements à des

fins d'assistance concernent surtout des femmes et des hommes d'âge moyen souffrant de schizophrénie, de troubles affectifs et d'une maladie liée à l'alcool. Plus du quart des hospitalisations effectuées dans le cadre d'un placement ne durent pas plus d'une semaine. Les différences entre les cantons, parfois importantes, ne s'expliquent de manière convaincante ni par la diversité de leur législation, ni par leur degré d'urbanisation, ni par leur taux d'hospitalisation psychiatrique. Des raisons possibles des différences entre les cantons pourraient résider dans la diversité des structures de prise en charge des patients, dans l'hétérogénéité des cadres institutionnels et plus généralement dans les différences d'approche à l'égard des personnes atteintes de maladies psychiatriques (Christen & Christen, 2005; Kuhl, 2008; Camenzind & Sturny, 2015). La littérature spécialisée a maintes fois souligné que l'expérience et la formation sont des facteurs déterminants de la qualité et de la fréquence des placements à des fins d'assistance (Hotzy et al., 2018; Kieber-Ospelt et al., 2016). Le taux actuel de placement à des fins d'assistance en Suisse est élevé si on le compare avec les taux que certaines études ont relevé il y a quelques années dans d'autres pays, mais ils sont comparables avec les taux de nos deux voisins germanophones. Il n'existe malheureusement pas d'études récentes présentant des comparaisons internationales dans ce domaine.

L'amélioration, depuis 2015/2016, de la qualité des données rend désormais possible un monitoring systématique. Cela permettra à l'avenir de dégager des tendances longues en ce qui concerne la fréquence des placements à des fins d'assistance en Suisse. On pourra suivre aussi l'évolution de la situation sur le plan cantonal et étudier de manière approfondie les différences entre les cantons.

Références

- Camenzind, P. & Sturny, I. (2015). Psychiatrie et psychothérapie. Dans: Oggier, W. (Ed), *Système de santé suisse 2015–2017* (S. 345–360). Berne: Hogrefe.
- Christen, L. & Christen, S. (2005). Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken der Schweiz. Analyse der Psychiatrie-Zusatzdaten 2000–2002. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Dressing, H. & Salize, H.-J. (2004). Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker in den Mitgliedsländern der Europäischen Union. *Psychiatrische Praxis*, 31, 34–39.
- Gassmann, J. (2011). Wirksamkeit des Rechtsschutzes bei psychiatrischen Zwangseinweisungen in der Schweiz. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Gassmann, J. & Bridler, R. (2016). Fürsorgerische Unterbringung. In: Fountoulakis, C. et al. (Hrsg.), *Fachhandbuch Kindes- und Erwachsenenschutzrecht* (S. 329–402). Zürich: Schulthess.
- Hotzy, F. et al. (2018). Length of Involuntary Hospitalization Related to the Referring Physician's Psychiatric Emergency Experience. *Adm Policy Ment Health*, 45, p. 254–264.
- Tuch, A. (2018). Comorbidité somato-psychique dans les hôpitaux suisses de soins aigus. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Kieber-Ospelt, I. et al. (2016). Quality criteria of involuntary psychiatric admissions – before and after the revision of the civil code in Switzerland. *BMC Psychiatry*, 16, 291.
- Kuhl, H. K. (2008). Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000–2006. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Pro Mente Sana (2015). Anordnung einer FU. https://www.promentesana.ch/fileadmin/user_upload/News_Events/News/Anordnung_einer_FU.pdf
- Riecher-Rössler, A. & Rössler, W. (1992). Die Zwangseinweisung psychiatrischer Patienten im nationalen und internationalen Vergleich – Häufigkeiten und Einflussfaktoren. *Fortschritte neurologische Psychiatrie*, 60, 375–382.
- Schuler, D. et al. (2016). La santé psychique en Suisse. *Monitoring 2016*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Steinert, T., Noorthoorn, E. & Mulder, C. (2014). The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. *Frontiers in Public Health* (2), 141.

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Obsan analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch.

Impressum

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

Daniela Schuler, Alexandre Tuch, Claudio Peter (Obsan)

Remerciements

Nous tenons à remercier particulièrement MM. Jürg Gassmann (avocat), Stéphane Morandi (médecin cantonal adjoint, canton de Vaud) et Paul Hoff (médecin-chef, suppléant du directeur, Clinique psychiatrique universitaire de Zurich) pour leur relecture critique de ce bulletin.

Référence bibliographique

Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2018). *Placements en établissement psychiatrique à des fins d'assistance* (Obsan Bulletin 2/2018). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements / informations

Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tél. 058 463 60 45,
obsan@bfs.admin.ch, www.obsan.ch

Langue du texte original

Allemand; cette publication est également disponible en allemand (numéro OFS: 1033-1802).

Traduction

Services linguistiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS)

Mise en page/graphiques

Office fédéral de la statistique (OFS), Section DIAM, Prepress/Print

Cartes

Office fédéral de la statistique (OFS), Section DIAM, ThemaKart

Commandes d'imprimés

Tél. 058 463 60 60, fax 058 463 60 61, order@bfs.admin.ch (gratuit)

Numéro OFS

1034-1802

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch → Publications (gratuit)

© Obsan 2018



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.