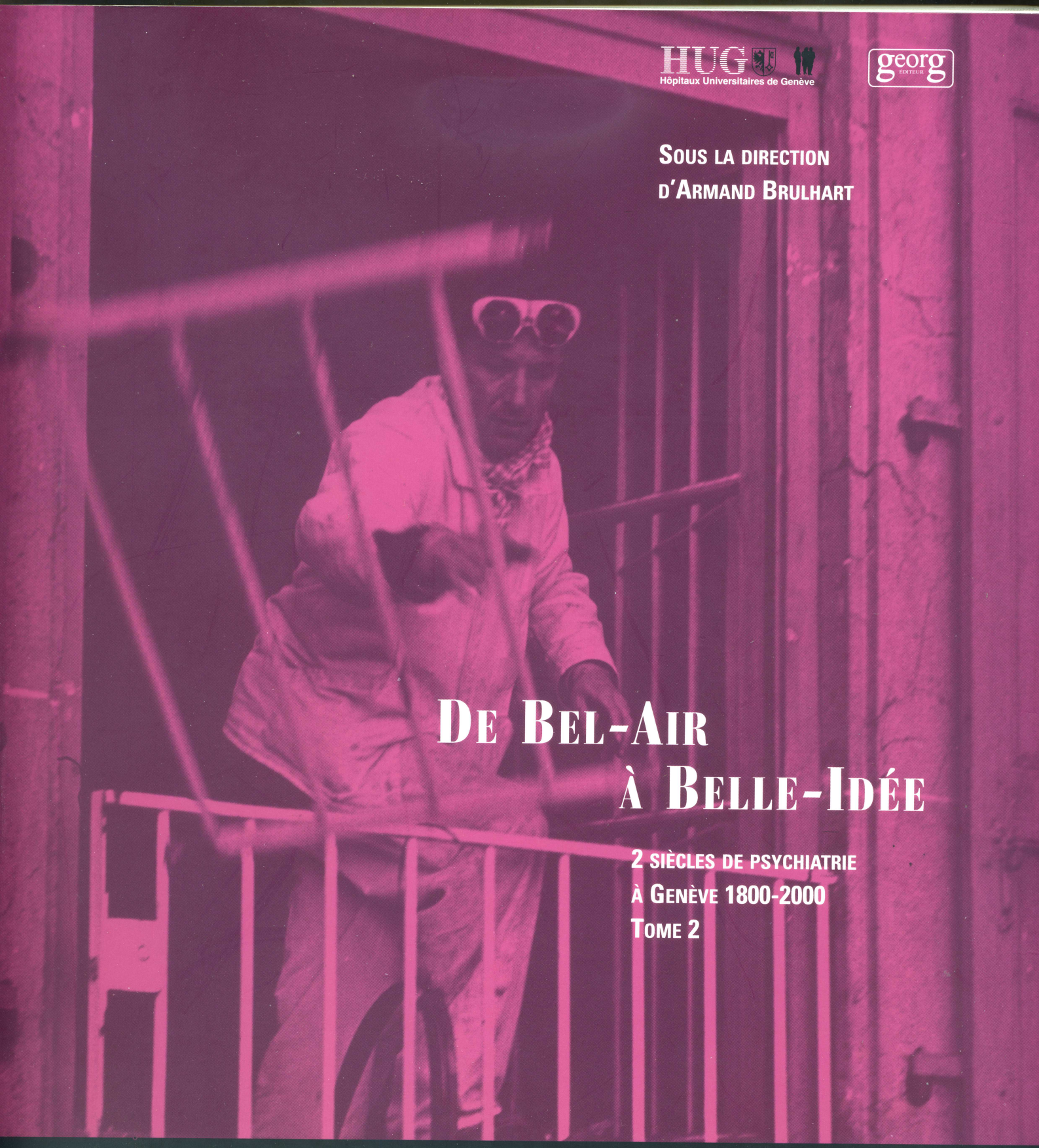


HUG
Hôpitaux Universitaires de Genève

georg
ÉDITEUR

SOUS LA DIRECTION
D'ARMAND BRULHART

DE BEL-AIR À BELLE-IDÉE

2 SIÈCLES DE PSYCHIATRIE À GENÈVE 1800-2000
TOME 2

1900-2000 De Bel-Air à Belle-Idée: des projets pour l'avenir

De Bel-Air a Belle-Idée

2 siècles de psychiatrie à Genève
1800 - 2000

Tome 2: 1950 - 2000

Sous la direction
d'Armand Brulhart

Préfacé par
Bernard Gruson
Directeur général des HUG

georg ÉDITEUR

HUG
Hôpitaux Universitaires de Genève

Couverture: photographie de Jean Mohr
Maquette et composition: a|deux, Genève

© Copyright 2003
Pour les textes, Armand Brulhart, les auteurs,
Médecine et Hygiène, Département livre
ch. de la Mousse 46, CH-1225 Chêne-Bourg
et les Hôpitaux universitaires de Genève, HUG

Droits de traduction, de reproduction et d'adaptation
réservés pour tous les pays
ISBN 2-8257-0850-X

SOMMAIRE

Préface de Bernard Gruson 9

Introduction d'Armand Brulhart 11

Partie I
DE LA DIRECTION DE BEL-AIR

1. René Tissot, Les théories et la destinée de Ferdinand Morel 19
2. Philippe Bovier & René Tissot, Les lignes de force de la pensée et de l'action de J. de Ajuriaguerra 25
3. Lorenzo Romano, Bel-Air: les infirmiers en santé mentale et psychiatrie au cours du XXe siècle 35
4. Michèle Trieu, Histoire des pluriprofessionnels de santé (PPS) 41
5. Abbé Michel Bielmann & Pasteur Maurice Bodinier, Histoire de l'aumônerie 49
6. Geneviève Nicoud, Les bibliothèques 53
7. André Méan, De l'administration à la philosophie de l'administration 1980-1999 59
8. Jacques Bernheim, Les "criminels" à Bel-Air 65

Partie II
VERS L'EXTRAHOSPITALIER ET LA SPÉCIALISATION

1. André Haynal, Deux axes (...) 73
2. Jean-Claude Droze, L'extrahospitalier: une psychiatrie plus sociale? 77
3. Claude Aubert, Rapport entre psychiatrie publique et psychiatrie privée 83
4. Gilles Godinat, Pratiques psychiatriques et réseaux 89
5. Juan Manzano & Francisco Palacio Espasa, Historique de la psychiatrie infanto-juvénile à Genève 97
6. Pandelis Giannakopoulos, La psychiatrie du sujet âgé: état des lieux et perspectives 103
4. Georges Baudraz, Les premiers "toxicos" à Bel-Air 109

5. Annie Mino, La politique genevoise en matière de drogue 117
6. Gérard Eichenberger, La toxicomanie dans l'approche institutionnelle 131
7. François Ferrero, Quelques remarques sur l'enseignement de la psychiatrie 137

Partie III
LA PRESSE ET LE DROIT NOUVEAU DES PATIENTS

1. Jean-Noël Cuenod, Quand Bel-Air jouait la Grande Muette 147
2. Rolf Himmelberger, Il paraît que la psychiatrie genevoise a encore fait des progrès... (ou la problématique des droits des malades vue par l'autre bout de la lorgnette) 153
3. Pierre Martin-Achard, Droits du patient - conséquences institutionnelles 165

Partie IV
LOISIRS ET CULTURE

1. Georges Baudraz, Les loisirs à Bel-Air 173
2. Marcel Christin, De l'art à l'hôpital 179
3. Jacques Bœsch, Du Cabinet des curiosités de Bel-Air à la présence de l'art et de la culture à Belle-Idée 187

Partie V
DU CONTEMPORAIN ET DE L'AVENIR DE LA PSYCHIATRIE

Christian Nils-Robert, L'admission post-moderne à Belle-Idée
Regard sur la contemporanéité 199
José Guimón, L'avenir des soins psychiatriques à Genève 209
Norman Sartorius, Les perspectives d'avenir de la psychiatrie 229

Partie VI
CINQUANTE ANS DE PSYCHIATRIE

Armand Brulhart, Essai de chronologie, 1950-2001 233
Remerciements 349

PSYCHIATRIE ET JUSTICE

PRO MENTE SANA

Actes du Congrès de Pro Mente Sana
20 et 21 novembre 1986
Cité des enfants, St-Légier (VD)

Il paraît que la psychiatrie genevoise a encore fait des progrès...

Rolf HIMMELBERGER
Militant pour le droit des malades

(ou la problématique des droits des malades vue par l'autre bout de la lorgnette)

Une consultation particulière, vue par Anna (extrait d'Anna Regula Hartmann-Allgöwer, *Cordialement l'autre*, Genève, 1999).

Permettez-moi de dédier cette petite contribution à Elisabeth, Alain, Liliane, Robert, Ingrid, Fats, Jacques, Roland, Yan-Yan et tous les autres dont je ne me rappelle plus les prénoms. Toutes ces personnes, je les ai connues. Toutes ces personnes étaient un peu plus âgées que moi, d'autres plus jeunes, voire beaucoup plus jeunes. Toutes et tous ont un point commun: elles et ils sont aujourd'hui tous décédés et toutes et tous sont décédés après avoir reçu des soins psychiatriques, et la plupart ne se sont même pas suicidés. Un décès qui survient pour certains comme ça, on ne sait en général pas pourquoi, et parfois, certains ont même osé supposer qu'il s'agirait des effets d'un surdosage de médicaments administrés par les psychiatres... Sans vouloir insister, je dirai qu'il est regrettable de constater que le problème de la surmortalité des patients psychiques est officiellement inexistant et qu'il n'intéresse pas vraiment les chercheurs alors qu'il a, semble-t-il, existé de tout temps[1]. Peut-être arriverait-on à la conclusion qu'il faudrait limiter la consommation de médicaments. Mais les dirigeants de l'institution ont sans doute la crainte de voir les industries pharmaceutiques diminuer leur participation financière à l'organisation de leurs congrès. En effet, lorsque j'avais effectué une enquête en 1989-1990 auprès de divers usagers et soignants, il en était ressorti que les fournisseurs pharmaceutiques ne restent pas sans réagir lorsque la consommation médicamenteuse baisse[2].

---

[1] En 1953 en Angleterre, 329 décès dus à des traitements psychiatriques, nombre qualifié à l'époque de "considérable", ont été relevés de 1947 à 1952, dont: 180 décès suite à une leucotomie, 67 à une convulsivothérapie, 44 à une insulinothérapie, 13 à des anesthésiques, 8 à une narcose continue, 6 à une malaria thérapie, 6 suites à des opérations, 3 à des injections intraveineuses et 2 à des médicamentations antiépileptiques (*Médecine et Hygiène*, 1978, t. 36, p. 1151).

[2] Rolf Himmelberger, "Le testament psychiatrique: une solution à la controverse sur la problématique des traitements forcés?", *Zwangsbehandlung in der Psychiatrie / Traitement forcé en psychiatrie*, Compte-rendu du congrès 1990 de la Fondation suisse Pro Mente Sana à Bienne, pp. 72-88.

Page de gauche:
Couverture de Pro Mente Sana.

La clinique de Bel-Air, rebaptisée aujourd'hui Belle-Idée (sinon cela aurait fait Mon-Air[3]) suite à sa fusion avec l'hôpital de gériatrie situé juste à côté au lieu-dit de Mon-Idée, fête cette année son centième anniversaire. A cette occasion, j'ai été prié de livrer à la postérité mes réflexions de militant, étant bien entendu dès le départ que ce ne serait pas moi qui lénifierais l'institution.

Première incongruité que j'ai constatée: il y a une loi sur les personnes atteintes d'affections mentales. Et pourquoi y aurait-il une loi sur les malades psychiques? Tout simplement pour que les malades soient obligés de prendre des médicaments dans un endroit où on les surveille[4]. Il est vrai que, parfois, certains malades ne les supportent pas et en décèdent ou subissent des effets secondaires néfastes (du genre dyskinésie tardive), surtout si les doses sont importantes.

Et il ne faut pas oublier le rôle, que l'on cherche à attribuer à la psychiatrie, de protection de la société face à ces malades dangereux. Or, il est extrêmement difficile de définir la notion de "dangerosité sociale"[5]. Il faut savoir à ce sujet que la société exerce une pression énorme sur la psychiatrie pour qu'elle assume ce rôle de contrôle social[6]. Or, je croyais que c'était le rôle de la police et de la justice que de s'occuper des gens dangereux, mais je n'avais que rêvé. En effet, il appartient à la justice pénale de décider du sort des personnes à qui il est reproché d'avoir commis un délit. Et si une personne ayant commis un délit a besoin de soins, la prison dispose d'un service médical. Ainsi, la police et/ou la justice refilent à la psychiatrie les cas pour lesquels ils n'ont soit pas les moyens légaux ou jurisprudentiels de faire face,

---

[3] Anecdote relevée par Monsieur Guy-Olivier Segond lui-même lors de son discours prononcé à l'occasion de la cérémonie d'inauguration en 1994 de la route de liaison entre la clinique psychiatrique et l'hôpital de gériatrie.

[4] Je ne sais pas si vraiment on les surveille mais toujours est-il que j'ai appris dernièrement que, dans les pavillons de la clinique de Belle-Idée, les soignants n'avaient toujours quasiment pas de temps à consacrer aux malades, ils sont toujours en colloque, et les malades se plaignent. C'était ainsi il y a 25 ans et c'est toujours comme ça aujourd'hui.

[5] A ce sujet, voir notamment l'article de Thomaïs Douraki, "Droit européen et psychiatrie" (Convention européenne des droits de l'homme et droits des malades psychiatriques), *Ethique médicale et psychiatrie*, sous la direction de A.-V. Tramoni, Paris, Masson, Collection médecine et psychothérapie, pp. 5-23.

[6] Voir à cet égard l'arrêt de la Cour de justice du canton de Genève publié dans *La Semaine judiciaire*, 1989, pp. 234-240, où l'Etat de Genève a été condamné parce que les médecins n'étaient pas intervenus assez rapidement à l'égard d'une personne qui a, entre-temps, tué son père et sa mère.

soit ceux dont ils n'ont pas envie de s'occuper[7], et la justice se retournera contre la psychiatrie si elle n'a pas pris de décisions ou seulement des décisions insatisfaisantes. Mais pas question bien sûr de reprocher à la justice de ne pas s'être occupée du cas. Ainsi, la psychiatrie se voit attribuer une fonction répressive, et cela d'une manière tout à fait officielle, spécialement pour les cas où le code pénal et/ou le code de procédure pénale et/ou la pratique des tribunaux pénaux ne permettent pas d'édicter la mesure de répression souhaitée. Voilà donc pour le discours officiel qui préconise ainsi clairement d'envoyer les délinquants auteurs de délits mineurs en clinique psychiatrique plutôt qu'en prison.

L'évolution des lois qui a lieu aujourd'hui m'inquiète. A Genève, suite à une initiative sur les droits des malades notamment, nous étions arrivés à une solution satisfaisante, du moins sur le papier, avec le consentement obligatoire aux traitements par les malades capables de discernement[8] et celui du représentant légal pour les malades incapables de discernement. Cette solution est critiquée du côté de Lausanne, où l'on voudrait que ce soit le médecin seul qui décide[9]. Or, je ne vois pas en quoi un examen de la demande du médecin par un juge indépendant, puis un consentement donné par une tierce personne qui devrait examiner la situation du point de vue du malade, serait pire qu'une décision prise par le médecin seul. Peut-être le problème est-il, pour les opposants à cette solution, que les juges genevois compétents, à ce que j'ai entendu, estimant parfois le patient concerné capable de discernement, refusent alors la demande de curatelle thérapeutique, ce qui ne plaît pas forcément à tout le monde. Vu sous cet angle, il y a donc un progrès dans l'application du respect des droits des malades.

---

[7] Le juge Pierre-Christian Weber, membre du Conseil de surveillance psychiatrique, considère qu'une intervention thérapeutique ponctuelle en milieu hospitalier, si elle est conduite à bon escient, évitera au malade en particulier d'être déraciné de son lieu de vie habituel (au lieu d'être éloigné de son lieu de vie et d'être mis en prison - note du soussigné -). Admettre le contraire reviendrait à tolérer la réitération d'un comportement délictuel par le malade que l'immunité pénale protège (je ne savais pas que les malades jouissent d'une immunité pénale - note du soussigné -). Cette tolérance de l'intolérable augmenterait le risque d'une réaction sociale inappropriée pouvant conduire au geste criminel d'une victime tentée par les démons de la justice propre... On gagnerait un lit d'hôpital vide contre un lit carcéral occupé. Maigre triomphe de la médecine. (Pierre-Christian Weber, "Bruit et internement psychiatrique", *La Semaine judiciaire*, 1991, p. 480).

[8] Même les Etats-Unis semblent s'y mettre. Le National Council on Disability vient, en effet, de sortir un rapport intitulé: *From Privileges to Rights: People Labeled with Psychiatric Disabilities Speak for Themselves.*

[9] Voir à cet égard l'article de Luc Pont "Psychiatrie et droits de l'Homme: la fin de la *curatelle thérapeutique*, publié dans *Campus*, n° 46, avril 2000, et dans *Tout comme Vous*, n° 72, décembre 1999, sous le titre: "N'abandonnons pas nos droits civils à la psychiatrie. Refusons la curatelle soi-disant *thérapeutique*".

Au surplus, il convient de mentionner que Madame Erica-Irène Daes, spécialiste de renommée internationale en matière de droit de la personne, et qui avait été nommée rapporteur spécial de la Commission des droits de l'homme des Nations Unies et chargée d'établir des lignes directrices en matière de droit de la santé mentale, expose clairement dans son rapport à la commission la nécessité du consentement aux soins en psychiatrie hospitalière[10]. Mais n'allez pas croire que cela s'est passé comme ça. Les psychiatres de l'OMS et de l'AMP (Association mondiale de psychiatrie) ont veillé au grain et ont ensuite proposé tellement d'exceptions au consentement du malade, que ce dernier n'aura finalement pratiquement plus rien à dire![11]

Ce progrès légal est aujourd'hui remis en question. Ainsi, tout récemment, le professeur François Ferrero et le Dr Pedro Gonçalves demandent que la loi prévoie la possibilité pour le personnel soignant d'administrer un traitement contre le gré du patient, car "il s'agit parfois d'une mesure plus humaine que d'abandonner le patient à ses terribles angoisses et aux conséquences qu'elles pourraient avoir pour lui"[12], position relayée par le groupe des psychiatres de l'Association des médecins du canton de Genève (AMG)[13]. Cette position d'un organe de l'AMG m'étonne, car je croyais cette organisation plus respectueuse que cela des droits des malades et de l'éthique médicale.

De toute manière, il faut savoir que les psychiatres invoquent d'abord, pour justifier les traitements forcés, le danger (pour soi-même ou pour autrui). Puis, lorsqu'il faut dire autre chose, ils viennent avec l'argument du lieu de soins, proclamant haut et fort que l'hôpital psychiatrique n'est pas un hôtel. C'est textuellement ce qu'un psychiatre hospitalier m'a déclaré lorsque je lui ai demandé pourquoi une personne hospitalisée que je connaissais recevait un traitement neuroleptique contre sa volonté[14]. Et enfin, l'argument suprême, les coûts supplémentaires qui devraient être assumés pour des soins sans contrainte. Je relèverai non sans ironie qu'aux Etats-Unis, en matière pénale, la peine de mort est aussi avancée comme une mesure

---

[10] *Directives, principes et garanties pour la protection des personnes détenues pour maladie mentale ou souffrant de troubles mentaux*, Doc. off. ÉCOSOC, C.D.H., Sous-comm., 36e session, Doc. E/CN.4/Sub.2/1983/17 (1983).

[11] Tout ce processus est remarquablement expliqué par Caroline Gendreau dans son ouvrage *Le droit du patient psychiatrique de consentir à un traitement: élaboration d'une norme internationale*, Montréal, éditions Thémis, 1996.

[12] *Le Courrier* du 23 juin 2000.

[13] *Tribune de Genève* du 21 juin 2000.

[14] J'avais déjà relaté ce fait en 1991 (voir: "Une critique de la psychiatrie" [publié par la Société suisse d'éthique biomédicale], *Folia Bioethica*, 1992, n° 8, p. 14).

d'économie. Par exemple, un détenu qui a commis un meurtre au premier degré (comme ils disent là-bas), pourquoi le surveiller en prison et le nourrir alors qu'en l'exécutant, on économise les frais engendrés par de nombreuses années d'incarcération ?

L'évolution de l'institution, avec la législation sur les droits des malades, n'est satisfaisante que sur le papier, car il s'agit de la théorie. Or, la pratique institutionnelle n'est parfois pas triste. En effet, bien que la mise en cellule d'isolement à caractère carcéral soit aujourd'hui interdite suite à l'initiative pour les droits des malades, l'institution a inventé la mise en chambre fermée. Et pour accroître la légitimité de ce nouveau "mode" de soins, elle a décidé, de son propre chef, d'aviser le Conseil de surveillance psychiatrique de chaque prescription de mise en chambre fermée. Et ce dernier fut très étonné de recevoir ces avis qu'il n'avait même pas demandés. Je relèverai, à propos des chambres fermées, que l'autorité compétente pour statuer sur les plaintes relatives aux soins est la Commission de surveillance des activités médicales (et non le Conseil de surveillance psychiatrique).

D'autre part, la loi genevoise sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques prévoit expressément le droit, pour la personne hospitalisée, de consulter et de mandater un avocat pour la défense de ses intérêts. Cela n'empêche pas, à l'occasion, les soignants de faire pression, chambre fermée à l'appui, sur les patients pour qu'ils renoncent à ce droit[15]. Le fait s'ajoute à un cas de jurisprudence du tribunal fédéral, qui, dans l'un de ses arrêtés, a refusé l'assistance juridique à un malade hospitalisé, sous prétexte, en résumé, que si l'on fournissait un avocat à chaque schizophrène hospitalisé, le système judiciaire ne s'en sortirait plus[16].

Si les droits des malades, du moins au sens légal, ont progressé ces vingt dernières années, particulièrement à Genève, il n'en va pas forcément de même des derniers projets concernant la psychiatrie. Je citerai d'abord la Convention européenne pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine. Cette Convention, dont le titre abrégé est "Convention sur les droits de l'Homme et la bio médecine" a été adoptée par le Comité des ministres le 4 avril 1997 à Oviedo. Or, cette Convention, qui se veut progressiste, institue en fait la notion de capacité de discernement à deux vitesses. J'en veux pour preuve le rapport explicatif à la Convention établi par la Division des

[15] Un cas concret tout récent m'a été relaté par un avocat de la place.
[16] ATF 107 II 14 = JdT 1982 I 454.

Affaires juridiques du Conseil de l'Europe de janvier 1977. Ce rapport mentionne d'abord (chiffre 51) que, pour que l'article soit applicable, il faut que l'on constate une altération des facultés mentales de la personne. Ensuite (au chiffre 52), il est mentionné que "la seconde de ces conditions est que l'intervention doit nécessairement traiter spécifiquement le trouble mental. Pour toute autre intervention, un praticien devra donc, dans la mesure du possible, obtenir le consentement du patient et l'assentiment ou le refus de celui-ci devront être respectés. On ne peut en conséquence passer outre le refus de consentir à une intervention que dans des circonstances prévues par la loi qui dit qu'en s'abstenant d'intervenir, on porterait gravement préjudice à la santé de l'intéressé (ou à la santé et à la sécurité des tiers [ça, c'est le rapport explicatif qui le dit]. En d'autres termes, si la personne apte à consentir refuse une intervention ne visant pas le traitement de son trouble mental, son opposition doit être respectée, dans les mêmes conditions que pour les autres patients jouissant de la capacité de consentir." Une même personne pourrait donc, selon cette théorie, très bien refuser une opération du cancer qui serait vitale pour elle et, dans le même temps, elle serait contrainte de prendre des neuroleptiques pour soigner une psychose ne présentant aucun danger vital, ce qui va manifestement à l'encontre du bon sens.

Il faut également mentionner le projet de révision du droit de la tutelle (qui est actuellement devant une commission fédérale d'experts) et dont les nouvelles dispositions sur l'assistance thérapeutique ne visent rien d'autre qu'à légaliser les traitements forcés[17]. En fait, en les mentionnant dans la loi, on rend non seulement les traitements forcés possibles, mais, en plus, on leur donne l'honorabilité qui leur manquait. En plus, je dirais aussi que si les psychiatres tiennent tellement à ces traitements forcés, c'est aussi peut-être parce qu'ils ne sont pas sûrs, eux-mêmes, de l'efficacité des traitements qu'ils proposent. Et, parce qu'ils ne sont pas convaincus eux-mêmes, ils ne savent pas convaincre les malades de prendre les traitements.

Je voudrais aussi encore mentionner ici qu'une pratique autorisée par la loi n'est pas forcément éthique. Il n'y a qu'à prendre l'exemple de la peine de mort aux Etats-Unis. La plupart des Etats y ont des lois prévoyant la peine de mort pour certains crimes. Ces lois bénéficient là-bas d'un fort soutien populaire. Mais cela ne veut pas dire que la peine de mort est dès lors acceptable d'un point de vue éthique. Ici, en psychiatrie, c'est la même chose. Si nous avons des dispositions législatives qui permettent d'hospitaliser des gens contre leur volonté et, comme certains cantons l'ont

[17] Art. 201 et 203 de l'avant-projet, dont le contenu est quasiment le même que celui des art. 5 à 7 de la Convention européenne de bioéthique.

fait en le mentionnant dans leurs lois, de traiter ces mêmes personnes contre leur volonté, cela ne veut absolument pas dire que ces pratiques sont dès lors éthiquement acceptables.

Mais pourquoi aujourd'hui les établissements psychiatriques ne peuvent-ils pas accueillir des patients sans leur distribuer systématiquement des médicaments. Les soignants ne semblent pas comprendre qu'un traitement peut être également fait sur le plan psychologique et non seulement médicamenteux? Je ne comprends pas cet acharnement des dirigeants médicaux, des médecins et des soignants à rester aussi bornés à appliquer de manière systématique l'équation: hospitalisation = médicamentation[18]. Et cette obstination est d'autant moins compréhensible que l'institution, spécialement du côté des médecins et des soignants, est truffée depuis de nombreuses années de militants d'Amnesty International[19].

La Suisse a adopté en 1979 des dispositions sur la privation de liberté à des fins d'assistance (art. 397 a et suivants CCS). En lisant le texte, à l'époque, il y avait de quoi être émerveillé. La personne hospitalisée contre son gré allait pouvoir recourir auprès d'une autorité judiciaire si elle estimait être hospitalisée à tort. Elle allait aussi pouvoir recourir à un avocat d'office dans certaines conditions. Mais quel a été le résultat pratique? A Genève, c'est le Conseil de surveillance psychiatrique qui statue, en qualité d'autorité judiciaire selon le droit fédéral, sur les recours déposés contre les décisions d'admission non volontaire[20]. La personne en cause a la possibilité de recourir auprès de la Cour de justice contre un refus du Conseil de surveillance psychiatrique. Ensuite, un recours en réforme auprès du Tribunal fédéral est également possible.

Or, il faut savoir ici que pendant 11 ans depuis l'entrée en vigueur de la loi cantonale de 1979 (de 1981 à 1991), le Conseil de surveillance psychiatrique n'a accepté aucun recours contre une décision d'entrée non volontaire. De 1991 à 1998, le

---

[18] A relever que lors d'un congrès de la Fondation Pro Mente Sana à Mendrisio, un juge de la chambre des tutelles (dénomination de l'époque) m'avait dit lors d'une conversation personnelle: "*mais ils* (les malades hospitalisés) *sont tous des gens dangereux qu'il faut traiter!*".

[19] En clair, les médecins et les soignants militent pour les droits de l'Homme, mais ailleurs que sur leur lieu professionnel et encore moins en ce qui concerne les personnes qu'ils soignent directement.

[20] Il est bon de savoir qu'une personne se manifestant par un excès de bruit gênant son voisinage est considérée, par le Conseil de surveillance psychiatrique genevois, comme présentant un "danger grave" pour soi-même ou pour autrui au sens de l'article 24 alinéa 1 lettre b de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques (Pierre-Christian Weber, *op. cit.*, pp. 473-480).

Conseil de surveillance psychiatrique a accepté quelques rares recours (avec une pointe de 7 recours acceptés en 1993). Mais, en 1999, à nouveau aucun recours n'a été accepté ! Entre-temps, le nombre de recours avait passé de 117 en 1993 (année record) à 40 en 1999, alors que le nombre d'entrées non volontaires, pour la même période, a passé de 1422 (1993) à 2040 (1999)[21]. A quoi sert le droit de recours si la personne hospitalisée contre son gré est systématiquement déboutée? Personnellement, j'y vois une explication. Les médecins (majoritaires au Conseil de surveillance psychiatrique) n'ont pas l'habitude de désavouer les décisions de leurs confrères (qu'elles leur paraissent justes ou fausses). Or, c'est justement là que le bât blesse. En effet, que diraient juristes et avocats, si, par exemple, la Cour de justice ne désavouait jamais les juges du Tribunal de première instance.

J'ai entendu dire, par un médecin psychanalyste membre du Conseil de surveillance psychiatrique, que les analystes, présents en nombre dans ledit Conseil, seraient en quelque sorte une garantie pour la prise en compte d'une psychiatrie à visage humain. L'histoire démontre déjà le contraire. En effet, lorsqu'il y a eu les célèbres affaires de 1977 à 1980, avec la crise qui s'en est suivie, le Conseil de surveillance psychiatrique comportait beaucoup de psychanalystes. Ceci n'a pas empêché la crise, bien au contraire. Et, lorsque la personne à l'origine de l'arrêt du Tribunal administratif[22] sur le "testament psychiatrique" (ou dispositions anticipées en matière de soins psychiatriques) avait déposé sa première plainte auprès de la Commission de surveillance des activités médicales, la clinique avait délégué, outre un psychiatre spécialisé dans la défense des droits des personnes âgées, ses deux meilleurs psychanalystes pour défendre les vertus des neuroleptiques administrés contre la volonté de cette personne. Malgré tout, cette dernière a obtenu, pour l'avenir, le droit de voir son souhait de ne pas recevoir de neuroleptiques en cas de crise reconnu par la justice. Fait significatif, lorsqu'il s'est agi d'aller défendre l'institution psychiatrique devant le Tribunal administratif pour ce problème de testament psychiatrique, les deux professeurs-psychanalystes dirigeants médicaux de l'institution, qui ont bien dû aller défendre la position de la clinique, n'ont pas, et de loin, réussi à convaincre le tribunal, avec des arguments du type: ne pas administrer un traitement provoquerait une perte de temps préjudiciable au patient[23], un accroissement des mesures privatives de liberté[24], le développement d'un climat de peur et

[21] Source : divers rapports annuels du *Conseil de surveillance psychiatrique* (non publiés).

[22] Arrêt du Tribunal administratif du 7 mars 1995.

[23] Il s'agit d'un argument purement économique, qui ne justifie donc aucunement un traitement forcé.

[24] Si vraiment le malade en vient à perturber les autres malades au point par exemple de les agresser, c'est encore son droit de choisir s'il préfère prendre des médicaments ou subir une mesure de contention. Et le Tribunal administratif n'a rien dit d'autre.

d'angoisse chez les autres patients[25], une démotivation du personnel[26] et une détérioration de l'alliance thérapeutique entre patients et soignants au détriment des patients. Or, c'est exactement le contraire qui se produit en général. Pour avoir eu des contacts avec beaucoup d'ex-patients, je peux dire, en tout cas pour ceux qui m'en ont parlé, que leur peur était justement de recevoir des traitements forcés (en général pour en avoir déjà reçus), et que, par conséquent, l'alliance thérapeutique, de leur point de vue, en prenait un sacré coup[27]. Si donc le Tribunal administratif a accepté ce testament psychiatrique, c'est peut-être tout simplement parce que les traitements forcés, dans la majorité des cas, ne sont pas défendables.

Par ailleurs, je ne considère pas le Conseil de surveillance psychiatrique comme un tribunal indépendant. En effet, de par la loi genevoise, il doit, parallèlement à ses fonctions d'autorité de recours contre les décisions d'hospitalisations non volontaires, exercer une surveillance générale sur l'institution, notamment sur l'adéquation de l'organisation du service des soins. Au surplus, toutes les hospitalisations, non volontaires ou volontaires, lui sont signalées (et pas uniquement celles faisant l'objet d'un recours) ainsi que les sorties. A mon avis, cette surveillance générale exercée par le Conseil fait qu'il ne peut pas, par la suite, statuer comme juge indépendant et impartial selon les termes de la Convention européenne des droits de l'homme. En effet, le Conseil ne peut pas avaliser d'abord des règlements, pratiques médicales ou autres, et dire par la suite que les directives qu'il avait approuvées étaient mauvaises.

Cependant, amélioration législative ne veut pas forcément dire amélioration de la situation. Ainsi, en France, depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi du 27 juin 1990, censée mieux protéger les patients en "garantissant mieux les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement" et en "instaurant un meilleur contrôle des hospitalisations en psychiatrie en regard des libertés individuelles", il

---

[25] L'argument est douteux. Ce n'est pas parce qu'un malade ne reçoit pas de médicaments qu'il engendre un climat de peur ou d'angoisse chez les autres patients. C'est plutôt le fait d'administrer des médicaments contre le gré des patients qui engendre peurs et angoisses.

[26] Je trouve l'argument plutôt curieux. Les soignants devraient, à mon sens, plutôt se sentir revalorisés dans leur rôle en accroissant leur capacité relationnelle avec les malades. Mais, effectivement, si tout l'enseignement qui a été donné aux soignants est basé uniquement sur la pharmacothérapie avec des psychotropes, il est clair que les soignants peuvent être désorientés.

[27] Je crois que les psychiatres n'ont pas encore compris que, comme en thérapie ambulatoire, lorsqu'un malade est hospitalisé, il a d'abord besoin de se sentir respecté, également en ce qui concerne ses envies thérapeutiques. Car c'est en respectant les malades que les psychiatres hospitaliers vont réussir l'alliance thérapeutique.

y a eu une explosion du nombre d'hospitalisations non volontaires[28]. A propos, à Genève, n'y a-t-il pas eu une explosion du nombre des hospitalisations depuis l'adoption de la loi genevoise de 1979, puis des diverses modifications qui ont eu lieu depuis lors, nouvelles dispositions censées également mieux protéger les patients?

Selon la loi genevoise, des conseillers-accompagnants sont à disposition pour aider les patients hospitalisés[29]. Si l'institution psychiatrique se doit de les accepter, il est à relever que le Tribunal tutélaire refuse leur présence, même si la personne considérée est hospitalisée. Les conseillers-accompagnants ont par ailleurs relevé que la procédure relative à la mise en chambre fermée n'est pas toujours respectée: programme non communiqué au patient ou seulement de façon orale, horaires et rencontres avec les soignants non respectés, enfermement sans toilettes, sans sonnette[30]. Tous ces éléments font que les chambres fermées ont un aspect punitif. Ainsi, même lorsque les procédures sont respectées, ce système de "soins" est facilement ressenti par le patient comme une punition. La chambre fermée est aussi utilisée comme forme de chantage, principalement pour faire pression sur la personne hospitalisée en vue de lui faire "accepter" la médication prescrite[31].

L'institution psychiatrique genevoise a aussi eu énormément de peine avec le secret médical. Ainsi, jusqu'en 1980 environ, la clinique de Bel-Air envoyait systématiquement au centre psychosocial une copie des résumés de séjour de tous les patients qui avaient été hospitalisés, même s'ils n'étaient pas suivis après leur séjour par ledit centre psychosocial. Tous les médecins travaillant à la clinique à l'époque connaissaient cette procédure, sauf le professeur Haynal, qui avait déclaré à un journaliste du *Journal de Genève*[32] que seuls les résumés de séjour des patients suivis par le centre psychosocial leur étaient envoyés. Toujours dans le même style, les médecins de la clinique de Bel-Air envoyaient des rapports aux médecins-conseils de l'employeur

---

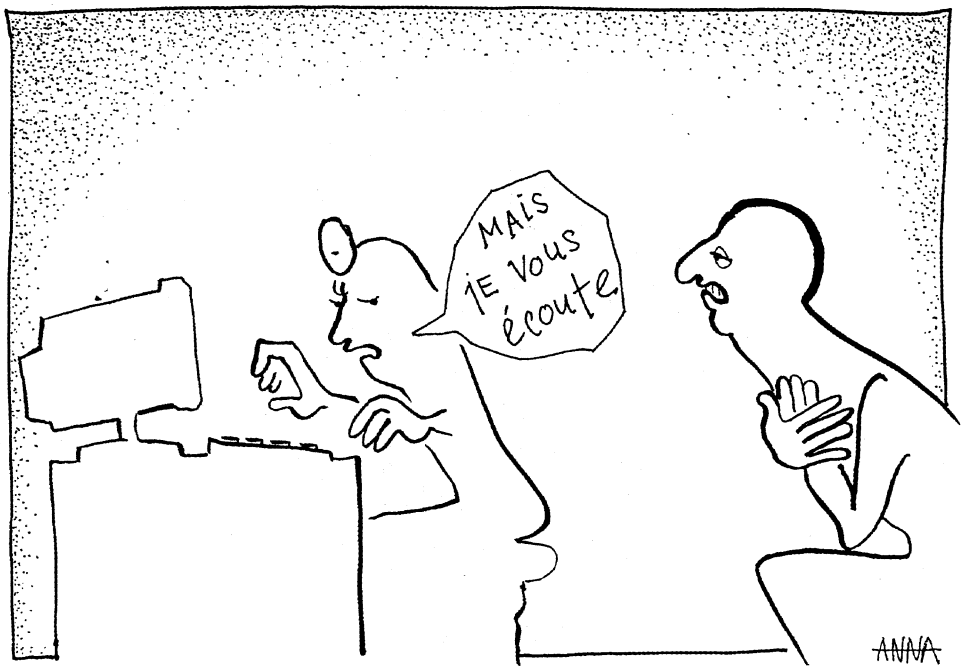
[28] Total des hospitalisations non volontaires en France: 27582 en 1980, 32482 en 1985, 37654 en 1988, 37688 en 1992, 42762 en 1993, 47861 en 1994, 53893 en 1996, ce qui représente un accroissement moyen de 1259 par an avant 1990, et de 4051 par an après 1990. L'augmentation des entrées non volontaires a donc été multipliée par 3,2 depuis la mise en vigueur de la loi de 1990 (cf. les rapports de l'Observatoire de la psychiatrie).

[29] Art. 1B LPAAM.

[30] Rapports d'activité 1995-1996 et 1997-1998 des conseillers-accompagnants adressés au Conseil d'Etat (non publiés).

[31] Plusieurs témoignages concordants me sont parvenus à cet égard.

[32] Article de P. Décaillet intitulé "Association contre les abus de la psychiatrie" publié dans *Le Journal de Genève* du 6 mars 1979.



Un problème de communication, vu par Anna (extrait d'Anna Regula Hartmann-Allgöwer, *Cordialement l'autre*, Genève, 1999).

et de l'assurance maladie sans en référer aux malades concernés, donc en violation du secret médical. Mais tout tournait à merveille, car il y avait un domaine où le secret était jalousement gardé: on ne communiquait et on ne montrait strictement rien au malade. "Secret médical, c'est la règle de la maison!" avait déclaré l'ancien chef du secrétariat médical de la clinique et longtemps gardien des dossiers médicaux à un client qui souhaitait consulter son propre dossier.

Durant ces vingt dernières années, j'ai beaucoup entendu dire que l'institution psychiatrique genevoise avait encore fait des progrès, que la pratique avait beaucoup changé. Or, tenant compte de l'explosion du nombre d'entrées non volontaires, du non-respect des malades, de la psychopharmacologie appliquée comme science quasi unique et sacrée au détriment d'autres thérapies plus respectueuses, je me dis que, hélas, il y a encore bien du chemin à faire.

Journal de Genève
et Gazette de Lausanne

• GENEVE •

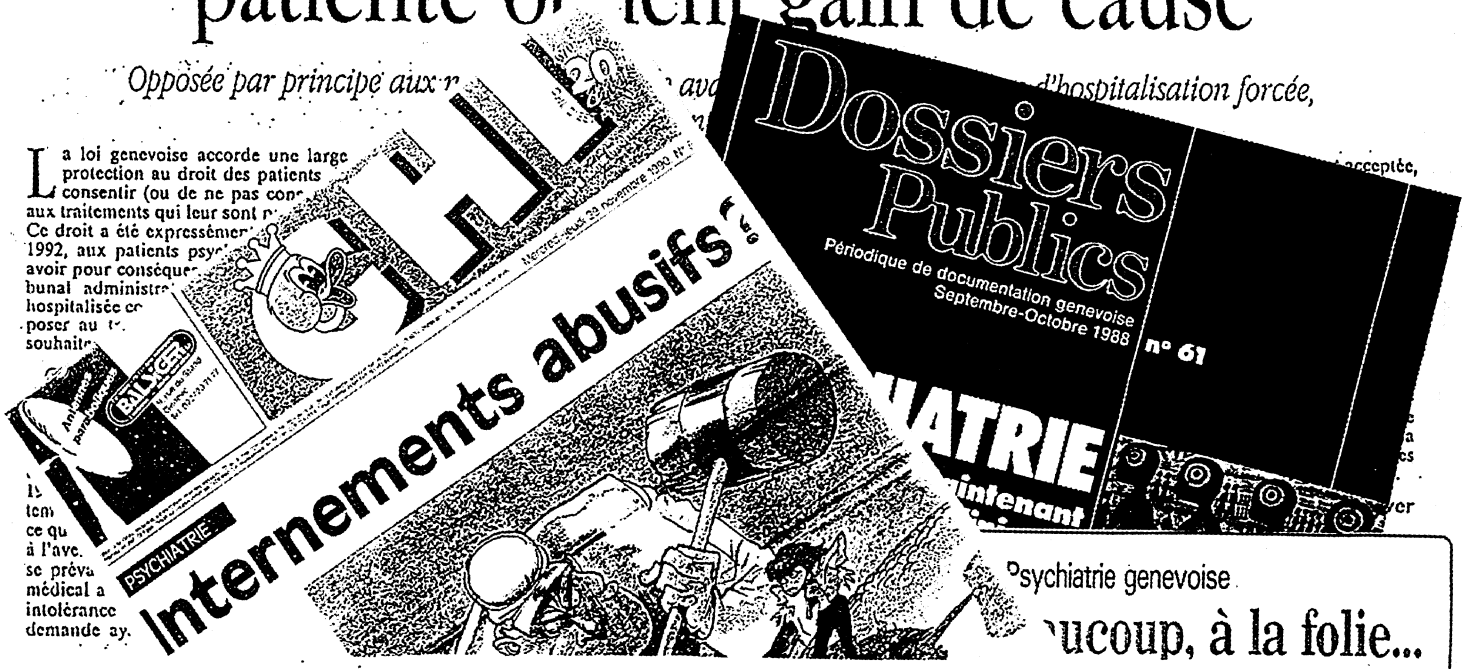
Lundi 22 mai 1995

PSYCHIATRIE *Décision du Tribunal administratif*

Refus des neuroleptiques: une patiente obtient gain de cause

Opposée par principe aux r... av... d'hospitalisation forcée,

La loi genevoise accorde une large protection au droit des patients ... consentir (ou de ne pas con... aux traitements qui leur sont p... Ce droit a été expressément ... 1992, aux patients psy... avoir pour conséque... bunal administra... hospitalisée ... poser au t... souhait... ... acceptée, ... tem... ce qu... à l'ave... se préva... médical a... intolérance ... demande ay...



Psychiatrie genevoise

...ucoup, à la folie...

LE COURRIER • LUNDI 29 MAI 1995

Quels sont les droits des patients?

Les défenseurs des patients souhaitent que les droits de ces derniers soient clairement affichés dans les établissements accueillant des patients psychiques. Voici un résumé des principaux droits et un mode d'emploi pour les faire valoir.

A. Les droits

1. Le patient a le droit de recevoir une information complète sur son état de santé et sur les soins et traitements disponibles.
2. Aucun traitement ou investigation à but diagnostique ne peut être fait sans le consentement du patient. Si le patient n'a pas sa capacité de discernement, il faut le consentement de son représentant légal. Et le représentant légal et le médecin doivent se conformer à la volonté présumée du patient.
3. Le patient a le droit de voir son dossier et peut autoriser des tiers à le consulter. En vertu du secret médical, instauré pour la protection du patient, aucune information médicale ne peut être transmise à des tiers sans l'autorisation du patient.
4. Le patient a le droit de communiquer avec l'extérieur, c'est-à-dire recevoir des visites, recevoir ou expédier du courrier, recevoir ou faire des téléphones.
5. Le patient peut, en tout temps, faire appel au médecin qui le suit en dehors de l'hôpital pour qu'il prenne connaissance de son dossier et collabore à son information.
6. Le patient peut en tout temps contacter ses proches, son représentant légal, un avocat ou un conseiller-accompagnant.
7. Le patient peut demander la désignation d'un curateur. Il peut aussi choisir un proche ou un mandataire professionnellement qualifié pour le représenter.
8. Le patient en entrée volontaire a le droit de quitter la clinique quand il en exprime le désir.
9. Le patient en entrée non volontaire a le droit de faire recours contre son hospitalisation dans les dix jours au Conseil de surveillance psychiatrique. Passé ce délai, il peut en tout temps demander sa sortie au médecin, qui doit répondre dans les trois jours. Si le médecin refuse la sortie, la demande du patient est immédiatement transmise au Conseil de surveillance psychiatrique qui se prononce dans les trois jours, après avoir entendu notamment le malade.

B. Mode d'emploi

1. Les *lois* pertinentes sont:
– la loi K 1 12 sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques;
– le règlement K 1 12,5 d'exécution de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales;
– la loi K 1 30 concernant les rapports entre professions de la santé et patients.

Ces textes sont donnés, avec la brochure *Accueil*, à tous les patients hospitalisés à Belle-Idée.

2. Les *conseillers-accompagnants* peuvent être atteints au ☎ 340 37 00. Ils se rendent à la clinique pour conseiller les patients et les assister dans leurs démarches, y compris leurs discussions avec le personnel soignant.

3. Le *Conseil de surveillance psychiatrique* reçoit les recours contre les hospitalisations non volontaires, les demandes de sortie, ainsi que les plaintes des patients qui estiment n'avoir pas été informés correctement sur leur maladie ou sur leur traitement ou qui

...ur des droits des mala-

...type qui crève de faim, ... pas la question de la ...lonnes à manger, c'est ...rases. Evidemment les ...eraient autrement si la ...ment accueillie dans la ... de la cité. Nous n'en ...à. Alors, que peuvent ...ants, médicaux et so... ...tre là. De la façon la ...ive possible. La plus ...e l'autre. ...l'en sortir.

...elle Carron-Pasquali