

LE DROIT D'ETRE FOU

**Problématique
de l'hospitalisation non volontaire**



Extrait de « Shining »

RAPPORT IMC JUILLET 2006

Alexandre de Cannière
Pierre Renard
Sébastien Queloz

Table des matières

Résumé	5
Préambule	7
Cadre juridique et différents modes d'admission	9
Admission volontaire	11
Admission non volontaire	11
Conseil de surveillance psychiatrique	14
Soutien juridique aux patients	15
Données épidémiologiques	17
Entrées en psychiatrie adulte à Belle-Idée en mai 2006	20
Mode d'admission	20
Nature du problème conduisant à une hospitalisation psychiatrique	20
Répartition par tranches d'âge	21
Répartition par sexe	22
Répartition en fonction des antécédents d'hospitalisation	23
Répartition en fonction d'un suivi psychiatrique préalable	24
Comptes rendus des interviews	25
Pr. Bertschy	28
Dr. Giardini	33
Dr. Pirotta	39
Infirmiers de Belle-Idée	44
Patron de la centrale d'ambulance	46
Dr. Sartorio (CSP)	50
Patients de Belle-Idée	55
Mme Shirin Hatam (Pro mente sana)	60
Mme T.K. et Mme X (REEV)	63
Association LAVI	68
Brigadier du poste de police des Pâquis	73

Analyse	78
Paradoxe de la liberté de refuser le traitement et de l'hospitalisation forcée	82
Enfermement question de tolérance sociale ?	84
Hospitalisation non volontaire vs volontaire	87
Devenir des patients	89
Conclusion	91
Remerciements	93
Bibliographie	95
Annexes	97
Extraits CCS	
Loi K1 24	

Résumé

On distingue trois types d'admissions non volontaires :

1. l'admission forcée régie par une loi fédérale (art. 397a-f CCS), l'admission forcée est aussi appelée « Privation de Liberté à des Fins d'Assistance » ou « PLAFA »
2. l'admission non volontaire régie par une loi cantonale (loi K 1 24 à Genève)
3. la commutation d'une peine de prison en hospitalisation (art. 43, 44 et 45 CPS)

Alors que l'admission forcée est décidée par un tribunal de tutelle, l'admission non volontaire est décidée par un médecin. Le médecin décide si les conditions d'admission sont remplies. Il y en a trois : le patient doit présenter des troubles psychiatriques, son état doit présenter un danger grave pour autrui ou pour lui-même et un traitement et des soins dans un établissement de santé doivent s'avérer nécessaires. A Genève, la quasi-totalité des hospitalisations non volontaires sont décidées par un médecin.

Il y a en Suisse environ 30'000 hospitalisations non volontaires par année. A Genève on compte environ 4'000 hospitalisations psychiatriques par an, dont environ 2'600 (65%) en entrée non volontaire.

La rencontre des différents acteurs en cause (patients, psychiatres, personnel hospitalier, associations d'aide aux patients, conseil de surveillance psychiatrique, forces de l'ordre et victimes d'infractions commises par des patients psychiatriques) nous a amené à faire ressortir de nombreuses problématiques liées à la gestion de l'hospitalisation non volontaire. Nous avons choisi deux problématiques, la liberté de refuser un traitement et la tolérance sociale :

1. Le droit stipule que, hormis la clause de détresse avec risque vital, il y a obligation d'obtenir l'accord libre et éclairé du patient pour lui administrer un traitement. Pour certains, ce droit apparaît comme un élément de respect de la personne humaine, pour d'autres, il s'agit d'une liberté que le patient n'est pas capable d'assumer.
2. Nous vivons dans une société qui tend à cacher les personnes qui ne correspondent pas à la norme. Pour certains, la tolérance vis-à-vis des

patients psychiques n'est pas suffisante et l'internement en hôpital psychiatrique serait souvent dû à ce manque de tolérance. Pour d'autres, la loi est bien faite, on a le droit d'être fou et seule une personne dangereuse pour elle-même ou pour autrui peut se faire interner contre son gré.

Préambule

Généralement une personne présentant un problème de santé a la possibilité de choisir de se rendre, ou non, chez un médecin afin de se faire soigner. Il s'agit là d'un droit de liberté individuelle. Mais y a-t-il des situations où une personne malade n'a plus ce choix ? Y a-t-il des situations où une personne se retrouve légalement obligée de se faire hospitaliser ?

Nous avons choisi comme thème l'intégration du patient psychiatrique et plus particulièrement les hospitalisations non volontaires. Nous allons tout d'abord définir ce que sont les hospitalisations non volontaires et nous nous pencherons sur les conditions légales qui permettent de telles hospitalisations.

Nous essaierons ensuite de montrer l'ampleur du problème grâce à quelques données épidémiologiques. Il est par exemple intéressant de constater que Genève possède le plus haut taux d'entrées non volontaires en Suisse, et même probablement au monde (!), à savoir quelques 2600 entrées par année pour 440'000 habitants.

Nous tâcherons également de mettre en avant les différentes opinions de chacun des acteurs en cause : les patient, les psychiatres, le personnel hospitalier, les associations d'aide aux patients, le conseil de surveillance psychiatrique, les forces de l'ordre, ainsi que des victimes d'infractions commises par des patients psychiatriques. Au cours de ces trois semaines, nous avons eu la possibilité d'interroger chacun de ces intervenants et nous retranscrivons ici une partie de l'interview avec chacun d'eux.

Pour finir, et dans un esprit de synthèse, nous donnerons notre propre point de vue quant à cette problématique.

En abordant le sujet des hospitalisations non volontaires, nous nous sommes confrontés à de nombreux paradoxes.

Le premier tient aux faits suivants : voilà deux ans que la relation médecin-malade est un thème récurrent dans nos études de médecine. On nous a appris comment nous comporter vis-à-vis d'un patient pour qu'une relation de confiance s'instaure entre le soigné et le soignant dans le but d'obtenir l'adhésion

thérapeutique du patient. C'est le gage d'un traitement efficace. Mais toujours, le patient était le « demandeur de soin ». Avec les hospitalisations non volontaires, nous nous trouvons dans une situation où le patient ne demande rien. On le force à entrer dans l'hôpital. La relation médecin-malade s'en trouve faussée. Comment obtenir la confiance du patient alors que les hospitalisations non volontaires sont vécues comme une violence par la plupart des patients ? Comment obtenir l'adhésion thérapeutique ?

Le deuxième paradoxe vient du fait que le patient peut, sauf lors de situations d'urgences présentant un risque vital, refuser un traitement pharmacologique alors même qu'il est hospitalisé contre son gré. Le législateur a voulu protéger le droit du patient mais les soignants se retrouvent dans une impasse thérapeutique. Que se passe-t-il donc lorsqu'un patient se retrouve hospitalisé et refuse tout traitement ? Quelle est l'utilité d'une telle hospitalisation ?

Finalement, le troisième paradoxe réside dans le fait que Genève possède le taux de psychiatres par habitants le plus élevé de Suisse mais également le taux d'hospitalisation non volontaire le plus élevé. Comment se fait-il qu'avec autant de soignants le nombre de personnes en crise soit aussi élevé ?

En plus de l'intérêt que peuvent susciter ces nombreux paradoxes, les hospitalisations non volontaires placent le médecin dans un rôle absolument unique. La loi lui donne le pouvoir de priver quelqu'un de sa liberté afin de lui porter assistance. C'est à lui de décider si un patient nécessite ou non une hospitalisation et s'il réunit les critères légaux le permettant.

Bien plus fréquentes que l'on pourrait le croire et touchant un domaine mal connu au sujet duquel les préjugés sont la norme, les hospitalisations non volontaires représentent un chapitre de la « vie médicale » qui mérite d'être passé à la loupe.

Cadre Juridique et différents modes d'admission



Cadre juridique et différents modes d'admission

Il y a deux grands types d'admission dans un hôpital psychiatrique :

- les admissions volontaires
- les admissions non volontaires

Admissions volontaires

Dans ce cas, les patients consentent explicitement à leur hospitalisation. Comme toute hospitalisation, elle est subordonnée à une évaluation médicale et est réalisée par un psychiatre. Il est à noter ici qu'au sens de la loi, seules les personnes capables de discernement et jouissant de leurs droits civiques peuvent demander une telle hospitalisation.

Dans le cas d'une admission volontaire, l'entrée et la sortie en fin d'hospitalisation sont décidées par le patient. L'entrée est, comme nous l'avons vu, subordonnée à une justification médicale (certificat médical). La sortie, quant à elle, est décidée par le patient, le cas échéant avec l'accord du médecin, en fonction de l'état de santé du patient ou par le patient seul en fonction du principe « entrée libre, sortie libre ». Pour des hospitalisations volontaires, il est relativement rare qu'un patient décide de sortir de l'hôpital contre l'avis de son médecin bien qu'il en ait le droit. En effet ces patients sont généralement conscients de leur maladie et sont venus à Belle-Idée pour se faire soigner.

Admissions non volontaires

Le cas des admissions non volontaires est plus compliqué. Il convient d'en distinguer trois types :

- **l'admission forcée au sens des articles 397a-f du CC** et décidée par un tribunal de tutelle. L'admission forcée est aussi appelée « Privation de Liberté à des Fins d'Assistance » ou « PLAFA » ;

- **l'admission non volontaire au sens de la loi cantonale genevoise d'application K1 24** (loi cantonale d'application des articles 397a-f du CC) et décidée par un médecin ;
- **l'admission non volontaire au sens des articles 43, 44 et 45 du CP**, décidée par un tribunal pénal. Nous ne parlerons pas de ce type d'admission dans ce rapport.

Les articles 397a-f du CC forment une loi cadre. Ils régissent les conditions de la privation de liberté à des fins d'assistance. L'article 397a du CC stipule que « *une personne majeure ou interdite peut être placée ou retenue dans un établissement approprié lorsque, en raison de maladie mentale, de faiblesse d'esprit, d'alcoolisme, de toxicomanie ou de grave état d'abandon, l'assistance personnelle nécessaire ne peut lui être fournie d'une autre manière* ». En outre, cet article dit également que « *la personne en cause doit être libérée dès que son état le permet* ».

« *La décision est prise par une autorité de tutelle [...]* » (art. 397b du CC). A Genève, il s'agit le plus souvent du tribunal de tutelle. Cependant, l'article 397b accorde aux cantons la possibilité « *d'attribuer cette compétence à d'autres offices compétents* ». A Genève, de nouveau, en accord avec la loi d'application K1 24 qui affine les articles 397a-f du CC, cet « autre office compétent » est représenté par « *les médecins au bénéfice d'une formation postgraduée reconnue et inscrit au registre de la profession* ». Ces médecins ne doivent en outre ni faire partie « du service où la prise en charge hospitalière aura lieu » ni être « parent ou allié » du patient (art 4 de la loi cantonale d'application K1 24).

Nous avons donc là les deux premiers types d'admissions non volontaires. Tout deux sont régis par le Code Civil Suisse qui contient la loi cadre. Cette dernière est affinée par le droit cantonal au moyen d'une loi d'application propre à chaque canton. La loi fédérale (art.397a-f CC) établit le cadre général permettant la privation de liberté à des fins d'assistance en définissant un certain nombre de points importants, comme les droits de recours contre la décision ou l'obligation d'informer. Cependant, cette loi ne définit pas les conditions d'admission ni les détails de la demande d'admission. L'article 397e du CC stipule que « *la procédure est réglée par le droit cantonal [...]* » sous certaines réserves énumérées dans ce même article. Dans ce cas, le droit cantonal est constitué par la loi cantonale d'application K1 24.

L'article 4 de cette loi définit qui peut décider d'une admission non volontaire. Comme nous l'avons déjà vu, il s'agit d'un médecin au bénéfice d'une formation postgraduée reconnue et inscrit au registre de sa profession.

L'article 5 définit les conditions d'admission. Il y a trois conditions :

- a) le patient présente des troubles psychiques ou une déficience mentale ;
- b) son état constitue un danger grave pour lui-même ou pour autrui ;
- c) un traitement et des soins dans une institution de santé s'avèrent nécessaires.

Les articles 6 et 7 ainsi que l'article 17 prévoient les modalités de la demande d'admission à proprement parler. La demande doit être rédigée en trois exemplaires. Le premier pour le patient, le deuxième pour l'institution de santé concernée et le troisième pour le conseil de surveillance psychiatrique (CSP) (cf. infra). Cette demande d'admission « *atteste que les conditions fixées par l'article 5 [...] sont réalisées* » (art. 6). De plus, l'article 7 prévoit que « *la demande doit être accompagnée d'un certificat médical qui expose :*

- a) les symptômes présentés par le patient ;*
- b) les motifs nécessitant son admission dans une institution de santé ;*
- c) le degré d'urgence de l'admission lorsqu'un retard peut être préjudiciable au patient ».*

L'article 17 de cette même loi prévoit que « *les hospitalisation dans une institution de santé ordonnée par le Tribunal de tutelle en sa qualité d'autorité de tutelle [...] pour l'une des causes énumérées à l'article 397a du CC, doivent être fondées sur un certificat médical délivré conformément aux exigences de la présente loi* ». En d'autres termes, à Genève, le tribunal de tutelle doit demander un avis médical afin de procéder à une privation de liberté à des fins d'assistance.

Le Code civil prévoit une autorité de recours contre la décision d'hospitalisation, qu'elle ait été prononcée par le tribunal ou par le médecin. Cette autorité de recours est définie par le droit cantonal. A Genève, c'est le Conseil de Surveillance Psychiatrique (CSP) dont nous parlerons plus loin. Le recours peut être déposé immédiatement mais au plus tard dans les dix jours qui suivent la décision. Il est à noter que la décision d'hospitalisation est exécutoire. Le CSP doit statuer sur le recours dans les trois jours ouvrables. Remarquons ici que les délais prévus dans la loi cantonale d'application ont été révisés récemment. De nouveaux délais ont été

introduits, visant à raccourcir la procédure (le CSP n'aura plus que 24 heures pour statuer sur le recours). Ils entreront en vigueur au premier septembre 2006.

Les conditions permettant la sortie de l'établissement de soin sont également prévues par le Code civil. L'article 397a prévoit que « *la personne en cause doit être libérée dès que son état le permet* ». L'article 397b stipule que « *si le placement ou le maintien dans un établissement a été ordonné par une autorité de tutelle, celle-ci est aussi compétente pour en prononcer la mainlevée ; dans les autres cas, la compétence appartient à l'établissement* ». En pratique, comme les décisions de PLAFA (décision du tribunal de tutelle) sont très rares à Genève, la très grande majorité des sorties sont décidées « *par le médecin responsable du service où la prise en charge a lieu, [et ce] dès qu'il estime que l'état de santé l'autorise* ». Il s'agit donc la plupart du temps d'une décision purement médicale.

La demande de sortie peut être demandée en tout temps par le patient lui-même, un proche ou la personne habilitée à décider des soins au nom du patient (un curateur de soin). Le médecin doit se prononcer dans les 24 heures. Si cette demande est rejetée, elle est immédiatement transmise au CSP (cf. infra) qui statuera en dernier recours.

Conseil de surveillance psychiatrique (CSP)

Le Conseil de surveillance psychiatrique est l'autorité de surveillance et de recours définie par la loi cantonale genevoise K 1 24. Le CSP exerce la surveillance générale des établissements hospitaliers psychiatriques dans lesquels sont hospitalisées les personnes atteintes d'affection mentale. Les établissements hospitaliers doivent lui signaler dans les 24 heures toute admission, sortie, ré-hospitalisation, décès ou accident grave. Le CSP vérifie donc la légalité de toutes les admissions en milieu psychiatrique, sans se prononcer sur le choix thérapeutique.

Le CSP examine les situations des personnes hospitalisées en vertu des articles 397a-f du CC. Il peut donc saisir le tribunal de tutelle dès qu'une hospitalisation ne se justifie plus. Il contrôle également le respect du devoir d'information par l'établissement psychiatrique d'accueil et s'assure que le patient a donné son consentement éclairé aux soins qui lui sont dispensés (puisque le patient a le droit de refuser un traitement) (cf. Analyse)

Le CSP s'occupe de la surveillance des malades atteints d'affection mentale ou des personnes qui lui sont signalées comme telles. Pour cela il décide de l'opportunité de mandater des psychiatres (hors de son sein) pour évaluer si ces patients présentant un danger ont besoin de soins au sens de la loi K 1 24. Souvent, lorsque des personnes constatent un comportement anormal chez quelqu'un, elles font directement appel au CSP.

Le CSP est l'autorité de recours contre les admissions non volontaires et contre les oppositions médicales à toute demande de sortie d'un patient hospitalisé en régime non volontaire.

Enfin le CSP est aussi l'autorité compétente dans le sens de l'article 10 de la loi d'application du Code pénal suisse concernant les articles 43, 44 et 45 CP. Il examine donc régulièrement les personnes soumises à ces mesures, surveille les traitements ordonnés et décide, après délibération, d'une modification des mesures ou d'une levée de celles-ci en fonction de l'évolution psychique du patient.

Nous avons pu interroger M. Sartorio, le vice-président du CSP. Nous présentons plus bas un compte-rendu de son interview.

Soutien juridique aux patients

Il existe en Suisse des associations de défense des droits des patients. L'association Pro Mente Sana en est un exemple. Composée de conseillers juridiques et de conseillers psychosociaux, cette association vise plusieurs objectifs : défendre les droits et les intérêts sociaux des personnes souffrant d'un handicap psychique, apporter conseil et soutien à ces personnes ainsi qu'à leurs proches et aux professionnels oeuvrant dans le domaine de la santé mentale, informer le grand public afin d'assurer une meilleure compréhension de la maladie mentale et de promouvoir l'intégration de ces personnes dans notre société, lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes concernées et soutenir des projets constructifs dans le domaine de la santé mentale.

Mme Shirin Hatam, la conseillère juridique de l'association Pro Mente Sana nous a accordé un entretien que nous retranscrivons plus bas.

Épidémiologie



Données épidémiologiques

Tout d'abord quelques données générales.

Sur les 1'354'013 hospitalisations en Suisse en 2004, 79'335 (5.9%) étaient dues à des troubles psychiatriques. Le taux d'hospitalisation non volontaire varie selon les cantons. Selon une étude de l'Observatoire suisse de la santé, entre 2000 et 2002 (cf. annexes), on retrouve trois types de cantons en fonction de la répartition des admissions volontaires, des admissions non volontaires et des admissions forcées (c'est-à-dire des privations de liberté à des fins d'assistance ou PLAFA).

Le premier profil de répartition se caractérise par une part très élevée (>75%) d'admissions volontaires. Sur les 18 cantons disposant de données complémentaires en psychiatrie (ces données ne figurent pas obligatoirement dans la statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique et elles constituent la meilleure source d'information sur les mesures d'internement à des fins d'assistance), Lucerne, Obwald, Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Schaffhouse, Appenzell Rhodes extérieures, St-Gall, Grisons, Thurgovie et Valais ont un taux d'admission volontaire de 81.4%.

Le deuxième profil de répartition se caractérise par une part élevée de PLAFA (min. 26%). Zurich, Berne, Zoug, Soleure, Argovie et Tessin ont un taux de PLAFA de 29.6% et un taux d'admission volontaire de 65.9%.

Le troisième profil de répartition ne concerne que Genève et Neuchâtel avec un taux d'admission non volontaire de 46.7% et aucune admission forcée (PLAFA) enregistrée.

Le professeur Bertschy, chef du département de psychiatrie adulte, nous dit qu'il y a en moyenne 30'000 hospitalisations non volontaires (admissions non volontaires + admissions forcées) par année en Suisse. Genève compte 2'600 entrées non volontaires par année pour 4'000 hospitalisations psychiatriques, soit un taux énorme de 65%.

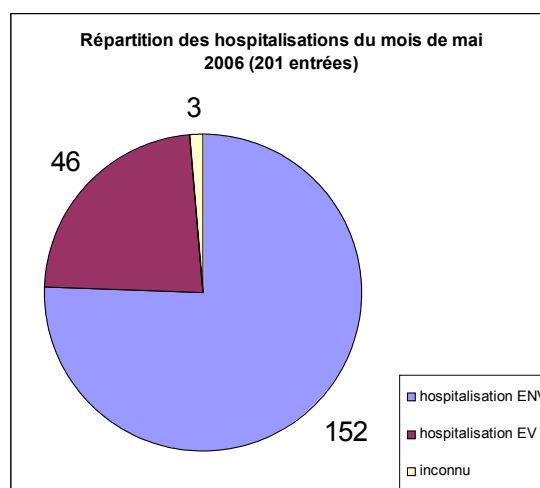
Quant aux raisons d'hospitalisation, les trois causes principales d'admission en régime non volontaire sont les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur et les problèmes de dépendance (alcoolisme et toxicomanie).

Entrées en psychiatrie adulte à Belle-Idée en mai 2006

Nous avons eu accès aux fiches d'admissions à Belle-Idée pour le mois de mai 2006. Cela représente 201 entrées en psychiatrie adulte et ne comprend pas les entrées pédiatriques ni gériatriques. Ces feuilles d'admission constituent une très bonne source d'informations qui nous a permis d'établir quelques données statistiques. Pour chaque entrée nous avons eu connaissance de l'âge, du sexe, du mode d'admission (volontaire ou non), de la présence (ou non) d'antécédents psychiatriques (et si oui les dates d'hospitalisation), de la présence (ou non) d'un suivi ambulatoire dans une consultation ou un centre de thérapie brève et de la présence (ou non) d'un suivi psychiatrique par un médecin compétent.

Mode d'admission

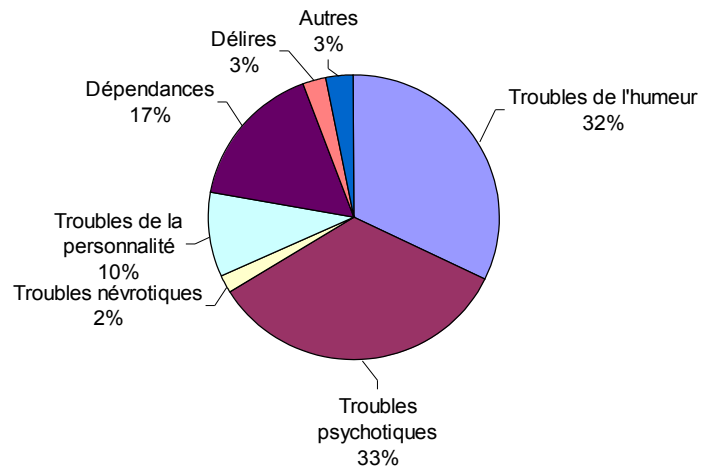
Sur 201 entrées, 152 ont eu lieu en régime non volontaire et 46 en régime volontaire. Cette information était inconnue pour les trois entrées restantes. Il s'agit donc d'un taux de 75% d'entrées non volontaires, un chiffre supérieur à celui obtenu par l'Observatoire de la santé entre 2000 et 2002.



Nature du problème conduisant à une hospitalisation psychiatrique

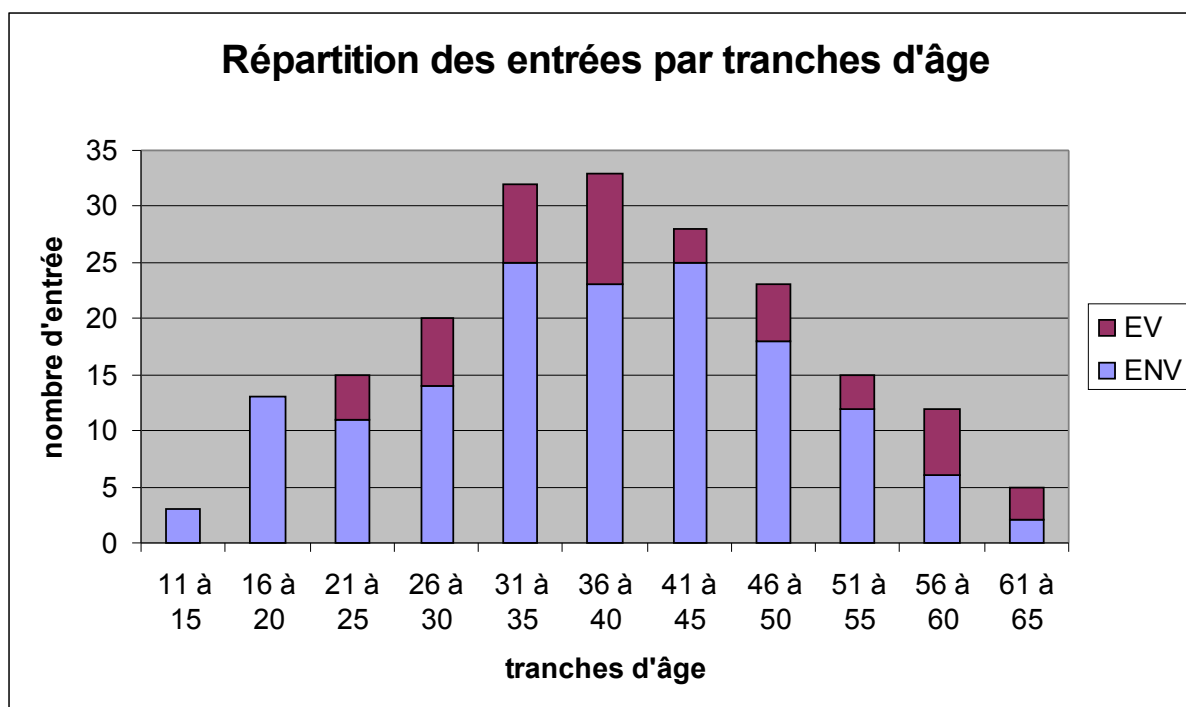
Le tableau suivant montre les différentes causes d'hospitalisation. Il ne distingue pas les admissions non volontaires des admissions volontaires : 33% des patients ont un trouble psychotique, 32% un trouble de l'humeur et 17% un problème de dépendance. Les psychiatres que nous avons rencontrés nous ont dit que ces trois types de problèmes étaient également les trois causes principales d'admission en régime non volontaire.

Nature du problème clinique conduisant à l'hospitalisation (198 cas)



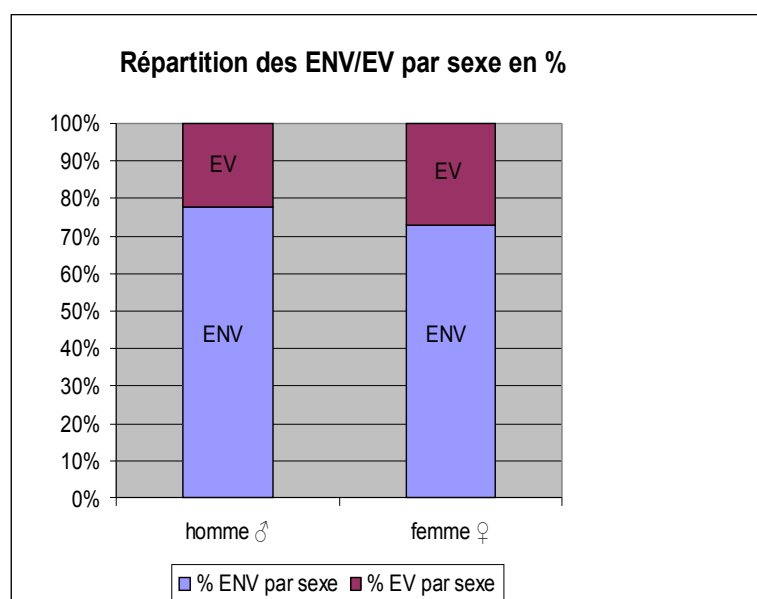
Répartition par tranches d'âge

Sur 199 entrées pour lesquelles nous disposions de l'âge de la personne, l'âge minimal était de 12 ans, l'âge maximal de 64 ans. La grande majorité des patients arrivant en service de psychiatrie a entre 30 et 50 ans. Cela représente 58% des patients. On remarque que le taux d'entrée volontaire est le plus élevé chez les patients de 26 à 40 ans et qu'il est nul (100% d'entrées non volontaires) chez les jeunes patients de 12 à 20 ans.



Répartition par sexe

Le rapport homme-femme est quasiment de 1:1 puisque 98 hommes et 103 femmes ont été admis dans le département de psychiatrie adulte de Belle-Idée en mai 2006.



Quant au taux d'admission non volontaire, il est quelque peu plus élevé chez les hommes que chez les femmes : 78% d'admissions non volontaires chez les hommes contre 73% chez les femmes. Ce résultat corrobore les chiffres avancés par l'Observatoire suisse de la santé. Ainsi le sexe masculin serait un

facteur de risque pour les hospitalisations non volontaires.

Répartition en fonction des antécédents d'hospitalisation

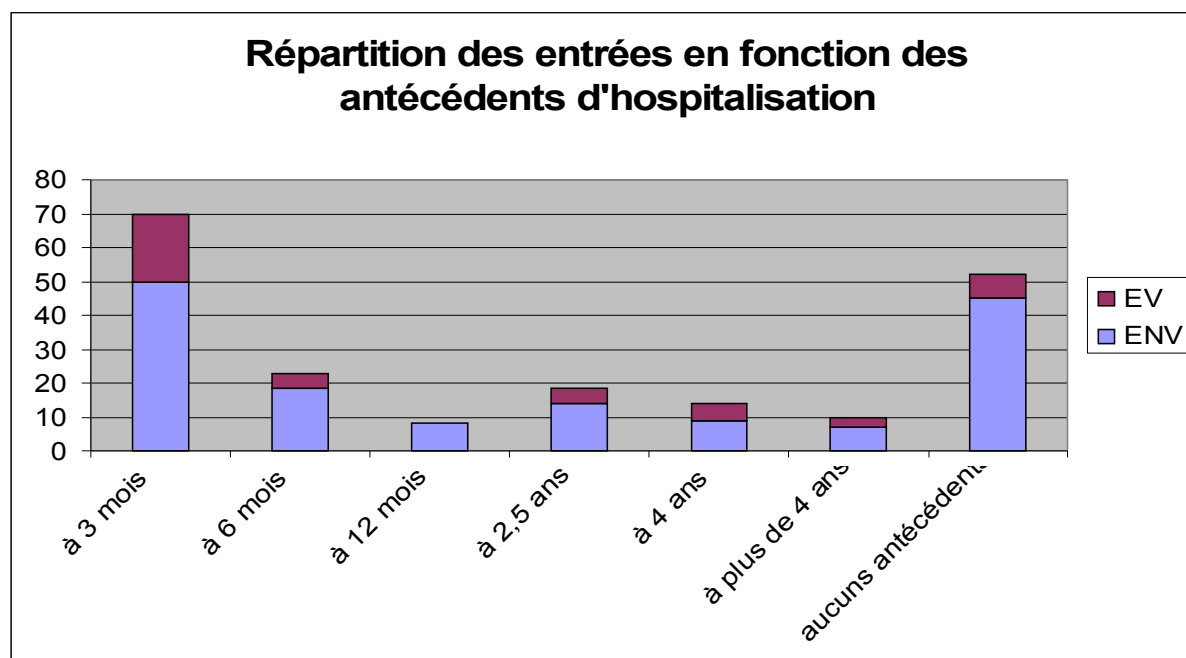
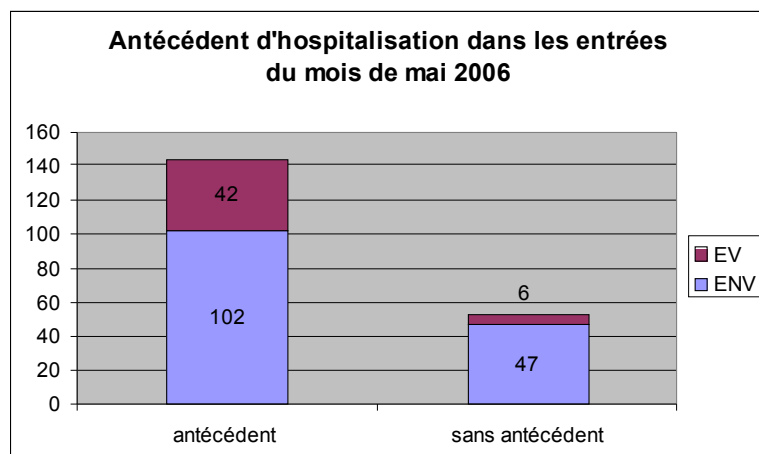
Sur 197 personnes, 144 avaient déjà eu un antécédent d'hospitalisation psychiatrique et 53 n'en avaient jamais eu.

Le deuxième graphique est très clair. Sur 197 personnes, 70 avaient eu une hospitalisation psychiatrique durant les trois derniers mois. La majorité des patients

admis en service de psychiatrie sont donc soit des récidivistes, soit de nouveaux patients.

Le taux d'admission non volontaire est très élevé (86%) chez les personnes n'ayant pas d'antécédents psychiatriques. Il est de 71% chez les personnes ayant eu

un antécédent durant les trois derniers mois. On remarque donc un taux de récurrence important pour les admissions en régime non volontaire.

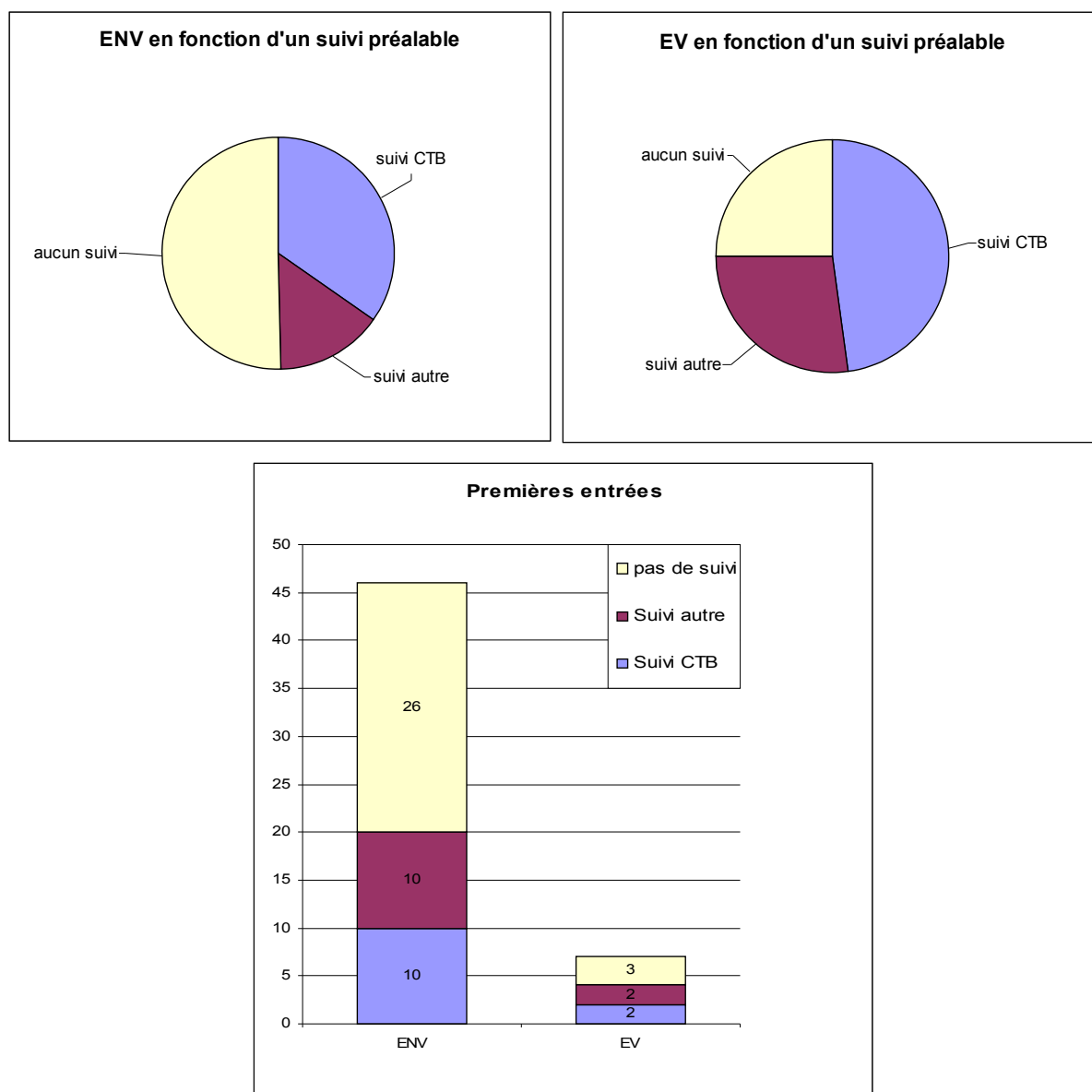


Répartition en fonction d'un suivi psychiatrique préalable

Sur les 152 entrées non volontaires, 53 patients avaient eu un suivi dans un centre de thérapie brève (CTB), 22 un suivi psychiatrique par un médecin compétent et 77 n'avaient pas de suivi psychiatrique. Ainsi 51% des personnes admises non volontairement n'avaient pas de suivi psychiatrique.

Sur 44 entrées volontaires, 21 patients avaient un suivi dans un CTB, 12 étaient suivis par un médecin et 11 n'avaient pas de suivi psychiatrique : 25% seulement des patients admis en régime volontaire n'avaient donc pas de suivi psychiatrique.

Le deuxième graphique montre la présence ou non de suivi psychiatrique chez les patients étant hospitalisés pour la première fois.



Entretiens



Entretiens

Dans cette section du rapport, nous proposons plusieurs comptes rendus d'entretiens que nous avons eu avec les différentes personnes rencontrées pendant ce mois d'immersion en communauté. Il s'agit de retranscriptions partielles dans lesquelles nous avons essayé de faire ressortir les points importants ainsi que les avis divergents ou convergents des différents acteurs du système de prise en charge du patient psychiatrique.

Ces entretiens restent néanmoins relativement longs et sans doute quelque peu indigestes. C'est pourquoi nous avons mis en exergue certaines citations. Elles apparaissent en gras dans les textes qui suivent.

Il est intéressant de comparer l'avis des médecins, des patients ou de la société sur une même question. Ils ne sont pas tous d'accord entre eux. Les médecins nous font part de leur vision du système et des limites qu'il comporte. Ils posent la question du rôle qu'ont les médecins dans notre société. Les patients et les associations de patients nous livrent leurs expériences. Ils nous font part de leurs doutes, de leurs incompréhensions et de leurs colères mais aussi de leurs attentes face aux médecins et à la société. Cette dernière, à travers les voix de la police et d'une association de patients nous montre l'image de la psychiatrie dans l'imaginaire populaire, une image qui souffre encore des préjugés et des peurs qu'elle génère.

A la suite de cette section, se trouve une analyse succincte de ces entretiens. Nous y exposons ce qui nous a interpellé et fait réfléchir.

Bonne lecture !

Entretien avec le Pr. Bertschy

Le professeur Bertschy est le responsable du département de psychiatrie adulte à Belle-Idée.

- Pensez-vous que les hospitalisations non volontaires soient fréquentes à Genève ?

« Il y en a énormément, cela représente beaucoup d'entrées. Attendez je vais vous chercher les chiffres exacts ... Voilà, 2643 entrées non volontaires et 1329 volontaires exactement pour l'année 2004. »

« **Et la tendance est à l'augmentation pour les hospitalisations non volontaires.** Sans doute parce qu'elles sont faciles à mettre en œuvre sur le plan de la procédure, peut être également parce que les hospitalisations volontaires sont plus difficiles à obtenir du fait du manque de place à Belle-Idée. »

- Selon vous quelle est la population touchée, plutôt les jeunes, plutôt les vieux ?

« Je ne constate pas de différence significative, je ne dispose pas de statistiques mais il me semble que les adultes doivent représenter environ 70% des hospitalisations en psychiatrie. »

- Quelle est la raison pour laquelle les gens sont hospitalisés en non volontaires ?

« Les gens sont toujours hospitalisés pour un danger que ce soit pour les autres ou pour soi-même. Il me semble qu'il y a un peu plus de personnes qui arrivent en raison d'un danger pour les autres. »

- Quels sont les types de maladies le plus souvent diagnostiquées ?

« Il y a les troubles psychotiques et les schizophrènes en rechute qui doivent représenter environ 50% des entrées. On trouve également les troubles de l'humeur

qui sont des bipolaires en phase maniaque. Enfin les dépressifs avec risque suicidaire. »

- Les dépressifs sont très représentés à Genève en hospitalisation non volontaire. Pourquoi hospitaliser en non volontaire les dépressifs, est-ce justifié ?

« Justifié... On pourrait travailler autrement, c'est vrai sur des entrées volontaires. Notre mode de fonctionnement est lié au système légal genevois. Dans la mesure où les personnes qui font une entrée volontaire sont libres de partir à tout moment, nous préférons les hospitaliser en non volontaire pour disposer du temps nécessaire pour les prendre en charge. »

- Et les problèmes de drogue et d'alcool ?

« Les conduites addictives sont souvent recherchées comme bouées de secours. C'est un problème qui se surajoute à une pathologie. »

- Pensez-vous qu'il y ait une population à risque : un milieu social particulier ou plutôt un profil de personnalité ?

« Les hospitalisations psychiatriques touchent tous les milieux sans différence de contexte social. Pour ce qui est des profils de personnalité c'est comme pour les entrées. On trouve surtout quatre pathologies majeures : les troubles psychotiques, les schizophrènes, les troubles de l'humeur et les dépressions. »

- Le nombre des hospitalisations est très important, cela intéresse des patients différents ou qui reviennent plusieurs fois ?

« Nous privilégions des durées d'hospitalisation courtes. **Dès que la notion de danger disparaît ou diminue nous ne pouvons plus garder les gens. De ce fait nous sommes exposés à un risque important de récurrence.** »

« Je vais chercher une étude sur la durée moyenne d'hospitalisation. [...] **Pour les adultes la durée moyenne est de 28 jours.** Mais il faut prendre en compte qu'il y a ici quelques personnes qui font de très longs séjours, parfois supérieurs à un ou deux ans. Cela tire la moyenne vers le haut. »

« Pour ces longs séjours nous avons une réunion trimestrielle et nous devons justifier pourquoi les personnes sont toujours hospitalisées dès que la durée excède 6 mois. »

- Par qui les patients vous sont-ils adressés ?

« Si les personnes sont adressées par un médecin de garde ou par un interniste, alors cela passe par les urgences de psychiatrie qui font un contrôle. Les HUG nous adressent également les personnes à hospitaliser en passant par le service des urgences de psychiatrie. »

« Les unités ambulatoires nous envoient également des personnes. Dans tous les cas un médecin doit toujours informer le patient de ce que l'on fait. »

- Dans le cas d'une hospitalisation non volontaire comment réagit l'entourage ?

« En général cela se passe bien et l'entourage coopère. Je reprends mes statistiques [...] Nous avons eu 26 recours en 2004 pour plus de 2600 hospitalisations, sur les 21 dont la procédure a été poursuivie, 2 ont été acceptées par le CSP (Conseil de Surveillance Psychiatrique) et 19 rejetées. »

« D'autre part les patients qui le souhaitent peuvent demander dès le 5^{ème} jour à sortir. Sur les 251 demandes de sortie qui ont été refusées par nos services, 245 ont été rejetées par le CSP et dans 16 cas le CSP a considéré que les critères d'hospitalisation non volontaire n'étaient plus présents. »

- Le recours à la force est-il fréquent ?

« Les gens qui arrivent sont parfois agressifs et violents, s'il y a risque vital nous pouvons alors leur administrer un traitement contre leur gré. Dans la majorité des cas, c'est calme, les gens connaissent ou comprennent la procédure. »

« Belle-Idée n'est pas une unité de soins fermée, à l'exception des pavillons pour adolescents pour des raisons de responsabilités. Ils sont mineurs et nous devons rendre des comptes aux parents qui nous les ont confiés. De plus le taux de fugues est beaucoup plus important dans cette tranche d'âge là. »

« Parfois on ferme temporairement un service ou une chambre. Néanmoins il y a beaucoup de fugues qui sont adressées à la police. **En gardant les services ouverts [c'est à dire que les patients ne sont pas enfermés] nous cherchons à éviter les traumatismes et à obtenir l'adhésion du patient à son traitement.** »

- Les diverses associations qui s'intéressent aux problèmes coopèrent ou sont en opposition ?

« Nous travaillons de manière très positive avec elles et nous avons des rencontres régulières 6 à 8 fois par an. »

- Le droit genevois donne la liberté au patient de refuser les soins, est-ce un obstacle ?

« Il existe de ce côté des législations plus optimales : C'est-à-dire avec des hospitalisations non volontaires moins fréquentes car plus difficiles à obtenir, mais avec traitement obligatoire associé à des moyens de contestation pour le patient. De telles législations existent aux USA et en GB. »

« Dans ce cas les hospitalisations sont limitées dans le temps et renouvelables. Il est important d'avoir une instance de surveillance car le traitement peut être agressif. »

- Quelle est la réaction des proches vis-à-vis d'une hospitalisation non volontaire ?

« Parfois les familles s'opposent mais en général elles coopèrent. Le secret médical permet au patient d'interdire que l'on prévienne la famille. Pour ma part il me semble que c'est allé trop loin. Nous cherchons au contraire à impliquer d'avantage les proches et à leur donner du pouvoir. »

- Quels sont les critères de fin d'hospitalisation ?

« **Genève (Le droit genevois) hospitalise vite pour des durées brèves.** Nous ne disposons pas, sauf application de l'article 43 (situation de crime), de moyens légaux pour imposer un traitement ou un suivi une fois la crise passée. Si le

patient demande à sortir, le CSP contrôle si les critères d'hospitalisation sont encore présents. »

« **Nous cherchons surtout à obtenir la collaboration du patient.** Si l'hospitalisation dure plus de 6 mois nous devons expliquer pourquoi. »

- Le cadre juridique et pratique de votre travail vous semble-t-il adapté ?

« Les structures sont engorgées. S'il y a trop de remplissage nous déplaçons les patients vers les CTB (Centres de Thérapie Brève). Nous essayons également de préparer la sortie avec une orientation vers ces structures. De ce fait nous avons ici une concentration de patients difficiles à Belle-Idée, ce qui rend le climat de travail plus difficile. »

« Il existe une unité de soin carcérale sur le site de Belle-Idée qui dépend de la prison. »

« S'il y a suspicion de danger pour la société, les personnes peuvent être placées en détention avec service psychiatrique. **Pour notre part nous avons des difficultés pour surveiller les patients agressifs, nous manquons de chambres de sécurité.** Parfois les infirmiers préfèrent monter sur un tabouret pour surveiller ce qui se passe depuis la fenêtre avant d'ouvrir la porte. »

« **Notre approche des soins psychiatriques nécessite beaucoup de personnel.** »

Entretien avec le Dr. GIARDINI

Le Dr Giardini est l'adjoint du responsable du service de psychiatrie gériatrique à Belle-Idée.

Ce service reçoit les patients âgés de plus de 62 ans pour les femmes et de plus de 65 ans pour les hommes.

- Nous avons rencontré votre collègue du service de psychiatrie adulte, le dr. Bertschy, qui nous a expliqué comment fonctionnait son service. Pourriez-vous nous expliquer comment fonctionne le vôtre (psychiatrie gériatrique) ?

« En psychiatrie gériatrique, il y a deux pôles, deux sortes d'unité. La première pour des patients présentant un trouble cognitif avec un risque de démence. Très schématiquement ce groupe de patients représente les cas d'Alzheimer bien qu'il y ait d'autres types de trouble cognitif. Le deuxième pôle regroupe les patients qui ont une ou des co-morbidités psychiatriques et non pas seulement une démence ou un trouble cognitif. »

- Combien de patients cela représente-il ?

« En terme de chiffre, les admissions dans la première unité, à savoir celles des patients avec un trouble cognitif et une suspicion de démence sont dans neuf cas sur dix non volontaires. Dans la deuxième unité, celle des patients sans trouble cognitif mais avec un diagnostic psychiatrique, les admissions non volontaires représentent trois quarts des cas. Au total, quatre-vingt pourcent des admissions en psychiatrie gériatrique sont non volontaires et la moitié de ces cas provient des urgences psychiatriques des HUG. **Pour le pôle des patients avec un trouble cognitif, probablement que beaucoup de cas viennent des EMS, peut-être en passant par les urgences.**»

- Comment expliquez-vous qu'il y ait autant d'ENV dans le premier type d'unité ?

« Il s'agit de patients avec un trouble cognitif et donc une capacité de discernement altérée. Ce sont des patients qui ne peuvent demander, ou dont on ne peut prendre en compte une demande d'admission volontaire. Ces demandes doivent être signées. Il faut avoir une capacité de discernement par rapport à pourquoi on vient. »

- Quelles sont les causes principales d'une ENV ?

« Je dirais que les patients dans un état confusionnel, ayant fait une tentative de suicide ou étant dans un état de dépression sévère, les patients dans un état anxieux ou présentant une décompensation psychotique, ces patients seront majoritairement admis en ENV. Les EV vont venir souvent dans des états dépressifs en moyenne plus légers que les cas qui arrivent en ENV. »

« L'EV peut se faire pour tous les degrés de dépression. Maintenant, statistiquement, les dépressions sévères font plus souvent l'objet d'une ENV. Cependant, tous les degrés de dépression ne nécessitent pas forcément une hospitalisation. Mais il arrive parfois que la famille ou les proches qui vivent et qui prennent en charge un patient dépressif, n'en puissent plus et demande son admission. »

- Nous avons, dans un premier temps, été surpris par le fait qu'on laisse au patient admis en ENV la liberté de refuser le traitement. Est-ce que cette liberté est respectée ici ? Est-ce qu'on peut traiter contre son gré un patient incapable de discernement ?

« Légalement on ne peut pas traiter quelqu'un contre son gré sauf s'il y a un danger vital ou un danger majeur pour lui ou pour les autres. **Même sans capacité de discernement, tant qu'il n'y a pas la notion de danger vital ou majeur on ne traite pas de force.** Il faut les deux critères. L'absence de la capacité de discernement n'est pas suffisante. On peut par contre, dans le cas de ces patients, demander une curatelle de soin pour un traitement en phase aiguë. Mais il y des limites. C'est un juge qui va décider au cas par cas si une curatelle de soin est nécessaire. Un curateur de soin ne va en outre pouvoir agir qu'en phase relativement aiguë. Prenons par exemple un patient qui présente un délire sur le long cours

nécessitant un traitement chronique, et bien on ne pourra pas le lui administrer de force même avec une curatelle de soin. **La curatelle de soin aide à passer la crise.** »

- Dans quelle mesure cela vous gêne-t-il, je veux dire le fait que vous ne puissiez pas traiter un patient qui en aurait besoin ?

« C'est vrai qu'on est gêné... »

« **Mais c'est aussi un problème de « positionnement philosophique ».** **Jusqu'à quel point peut-on forcer quelqu'un à être dans la norme ?** On peut le faire s'il est en danger ou s'il met autrui en danger, mais pour le reste... »

« Dans d'autres cantons ça peut être différent mais à Genève c'est cette optique là qui a été choisie. »

- Est-ce qu'on peut forcer quelqu'un à prendre un « traitement de base » parce qu'on sait qu'avec ce traitement on élimine le risque ? Est-ce qu'il n'y a pas un minimum qu'on puisse imposer ?

« Non ! Ni à l'hôpital ni en ambulatoire en ce qui concerne des traitements sur le long terme. Maintenant, et cela concerne des personnes qui ont tendance à se négliger ou des alcooliques très graves, un juge peut être amené à prendre une décision de PLAFA (Privation de Liberté A des Fins d'Assistance) au sens de l'article 397 du Code Civil. Le juge estime que la personne a besoin d'assistance, qu'elle n'est pas capable de décider sur le long cours et qu'elle se met chroniquement en danger. Le juge décide du lieu de placement. Ce sera Belle-Idée ou une EMS. C'est un cas de figure où on peut contraindre une personne à être hospitalisée mais ça ne veut pas encore dire de recevoir des soins. C'est une nuance importante. »

- Est-ce que ce n'est pas paradoxal de pouvoir interner les gens contre leur gré mais sans obligation de traitement ?

« C'est paradoxal, c'est juste, je suis d'accord avec vous. Mais c'est le cadre légal. **C'est un cadre qui permet de refuser un certain type de soin que sont les traitements médicamenteux mais qui ne permet pas de refuser un autre type de soin qu'est la contention des murs. Les murs sont une partie du traitement, le**

fait d'être à l'hôpital, c'est déjà une partie du traitement, c'est un cadre. Donc effectivement, pour une partie des soins, le patient est contraint puisqu'on l'oblige à rester encore qu'il ait des voies de recours. Par contre, une autre partie du traitement (i.e. la partie médicamenteuse), il peut la refuser »

- Est-ce que vous, en temps que thérapeute, vous aimeriez pouvoir imposer un traitement [médicamenteux] ?

« Dans certains cas oui, dans d'autres je pense que c'est bien que ce soit comme ça. **C'est bien que ce soit comme ça parce que ça nous oblige à nous questionner en temps qu'individu face à d'autres individus qui ont un mode de vie différent et qui ont un regard existentiel différent.** Ça je crois que c'est très important mais **c'est aussi une question d'époque. Il y a cinquante ans, l'avis de la personne on n'en avait rien à faire.** »

« Alors peut-être que sur certains aspects on va un petit peu loin en même temps, je trouve que le fait que le médecin, un individu, ait le pouvoir de dire ce qui est bien pour un autre individu, par essence je trouve qu'il y a un danger à ça. »

Au sujet de la place d'un patient dans un hôpital psychiatrique, le Dr Giardini nous apprend qu'en Italie, par exemple, les hôpitaux psychiatriques ont été fermés au profit d'une plus grande place à la prise en charge ambulatoire. Il reste bien sûr des lits psychiatriques d'urgence et des cliniques psychiatriques privées mais de plus en plus, des patients psychiatriques sont intégrés à la population et non plus éloignés de cette société. Le Dr. Giardini poursuit :

« **C'est aussi une question de tolérance de la société vis-à-vis des personnes malades [mentales]. D'un côté on veut toujours plus de liberté, on défend le droit des patients, mais d'un autre côté on n'est pas forcément prêts à voir un psychotique se promener dans les rues.** »

...

A propos des PLAFAs, (Privation de liberté à des fins d'assistance, art. 397a et suiv. du Code civil suisse) :

« [...] c'est l'idée de : on n'accepte plus que vous ayez la liberté d'être chez vous ou où vous voulez, donc on décide, nous société, que vous devez être à l'hôpital [...]. »

...

- Comment voyez-vous l'évolution de la psychiatrie de ces cinquante dernières années ?

« Il y a cinquante ans, l'hôpital de Belle-Idée fonctionnait presque en autarcie. Il y avait des champs et les patients travaillaient. Il n'était pas rare que des gens passent vingt ans là-bas. Belle-Idée fonctionnait en microsociété. Les gens qui dérangent étaient mis à l'écart. Il y avait beaucoup plus de personnes qui y mourraient (de vieillesse). »

« Aujourd'hui on s'achemine plus vers un système comme celui de l'Italie où les patients restent dans la société et, si les hospitalisations existent toujours, elles restent vraiment le dernier moyen. »

« J'aimerais que la psychiatrie tendent vers ce modèle italien. Notez qu'on s'en approche toujours plus avec des mesures comme la réduction du nombre de lit. Chaque année on diminue le nombre de lit. On essaye de développer la psychiatrie ambulatoire (il parle ici de la psychiatrie gériatrique. En psychiatrie adulte, ce mode de prise en charge est déjà beaucoup plus développé) et de réduire la prise en charge hospitalière. »

- Que se passerait-il alors pour les patients dangereux ?

« Alors, les patients vraiment dangereux au sens de la récurrence, sont plus souvent à Champs-Dolon (la prison). Il n'y en a quasiment pas ici à Belle-Idée. Ces patients sont vraiment rares, hors les phases aiguës. On n'a pas de « Hannibal Lecter », ça n'existe pas [ici]. »

« Probablement que si l'hôpital fermait ses portes d'un coup, il y aurait d'autres structures. En Italie il y a des cliniques. »

« Pour moi, une bonne partie des gens qui sont là depuis longtemps pourraient parfaitement bien vivre dans des lieux communautaires, un peu protégés, en ville, et ils ne mettraient pas du tout la société en danger. Pour

autant que la psychiatrie ambulatoire soit plus développée. Par contre une question importante, c'est celle de leur propre mise en danger. »

...

« Sans vouloir être provocateur, je dirai que chacun de nous, mis dans des situations de stress importantes peut un jour se retrouver à Belle-Idée. **La majorité des gens qui y sont hospitalisés ne sont pas fous dans le sens qu'ils n'ont pas perdu le contact avec la réalité. Ils sont peut-être plus fragiles sur certains plans.** Ce sont pour autant des gens dont la parole conserve toute sa valeur. Mais il est vrai que **les préjugés sont nombreux sur Belle-Idée.** Comme pour les autres établissements psychiatriques d'ailleurs. **Si on y est hospitalisé, c'est qu'on est fou.** Ça n'est pas vrai. »

Entretien avec le Dr PIROTTA

Le Dr Pirotta est l'adjoint au responsable des urgences psychiatriques.

- Quel est le rôle des urgences psychiatriques au HUG ?

« **Aux urgences nous réalisons un tri**, nous n'hospitalisons que peu de patients. »

« Les hospitalisés le sont surtout suite à une décompensation psychotique, mélancolique ou maniacodépressive. Ces trois critères sont importants car ils nécessitent plus de cinq jours de traitement, et comportent un risque important d'auto / hétéro agression. »

« Pour les autres pathologies on favorise l'ambulatoire. La situation doit être discutée au cas par cas. Par exemple un alcoolique n'est en général pas hospitalisé sauf s'il présente des signes neurologiques d'atteinte chronique qui laissent penser que son sevrage sera difficile. Il existe également d'autres centres que celui de Belle-Idée ».

- Les patients sont-ils des patients suivis ?

« En général le patient suivi est adressé par son centre de traitement, que ce soit par un psychiatre, une institution ou un centre de thérapie brève. Aux urgences nous ne réalisons pas de suivi. »

- Qui sont vos patients ?

« Nous recevons de mémoire 5 à 6 000 patients par an, dont une minorité sera hospitalisée (chiffres à vérifier). Cela touche tous les âges, toute la société, tous les sexes, compte tenu des prédispositions de certaines maladies : La dépression touche plus les adolescents et les personnes âgées. »

- Par qui sont-ils adressés ?

« Par SOS Médecin, les psychiatres (assez peu), la police, d'eux-mêmes ou adressés par leur famille qui est inquiète. Parfois par les urgences somatiques qui demandent un avis psychiatrique. Par exemple pour une consultation pour troubles du rythme cardiaque dans une situation de troubles anxieux. »

- Utilisez-vous des traitements sans autorisation ?

« Dans les trois exemples cités au début, il faut sécuriser le patient. **Le traitement forcé est toujours le dernier recours. C'est parfois nécessaire pour rétablir le contact, pour calmer.** Dans une crise suicidaire le patient est très mal. »

« **Il faut dire au patient ce que l'on fait et pourquoi.** Cela permet de baisser les angoisses, si l'on obtient l'alliance thérapeutique c'est mieux. Les gens commencent alors leurs soins même sans traitement pharmacologique. »

« Aux urgences nous réalisons une évaluation et une orientation. Il faut un suivi pour la suite, en général on ne débute pas le traitement aux urgences. Il ne faut pas laisser seul le patient face à ses médicaments. »

- Pourquoi faut-il expliquer aux patients ? Sont-ils toujours en état de comprendre ?

« Une personne peut être en décompensation euphorique, elle se sent bien et ne comprend pas pourquoi on veut la traiter. Pourtant elle se met en danger de se sur endetter en dépensant 30 000 chf dans sa journée, elle peut aussi avoir des rapports non protégés. **Sa maladie ne lui permet pas de comprendre la portée de ses actes mais elle comprend pourquoi on veut la traiter et on peut négocier.** »

« Parfois nous avons à faire à des manifestations psychiatriques de troubles somatiques : Tumeur neurologiques, troubles électrolytiques, état infectieux avec délire. »

- Comment réagit le patient à une hospitalisation non volontaire ?

« **Certains patients remercient après coup, assez souvent.** Il faut expliquer même si on a l'impression qu'il ne comprend pas. »

« **Sans explication c'est angoissant !** »

« Le patient comprend qu'il a besoin de soins. »

- Avez-vous recours à la force ?

« C'est parfois difficile sur le moment... »

- Nous avons rencontré une patiente qui se plaignait des conditions de son internement à cause des cris des autres patients.

« L'expérience vécue à Belle-Idée dépend des personnes, il faut expliquer. »

- Comment l'entourage vit-il l'hospitalisation non volontaire ? Vous aide-t-il ?

« On essaye de tenir compte de l'entourage mais en respectant le secret médical. Il faut tenir compte du désir du patient de contacter ou non son entourage. Toujours parler aux autres devant le patient. En général cela se passe bien. »

- Que pensez-vous de la liberté du patient de refuser le traitement ?

« Le plus important est d'expliquer, quel traitement est choisi, quels en sont les effets positifs et négatifs, sa durée. »

« Quelque soit le patient, psychiatrique ou somatique, il faut obtenir l'alliance du patient. »

« Même hospitalisé à cause d'une urgence le patient a des droits. **La plupart des patients accepte leur traitement.** »

- Nous avons rencontré une patiente qui se plaignait des neuroleptiques qui lui avaient été administrés.

« Dans le cas de schizophrénie décompensée, par exemple, une personne qui entend des voix et a des hallucinations peut devenir violente si elle se croit agressée. Il n'y a pas d'autres traitement en urgence. »

- Les psychotropes ont-ils plus d'effets secondaires ?

«Ce n'est pas évident. Le problème réside aussi dans celui de la maladie psychiatrique. C'est plus facile de voir un médecin généraliste qu'un psychiatre. »

- Le danger est le critère d'hospitalisation non volontaire ?

« Le danger imminent et urgent, que ce soit pour soi même ou pour les autres. Il n'y a pas d'hospitalisation pour un danger potentiel. »

« Je ne sais pas si ce sont de bons critères mais en tout cas cela fonctionne. Il faut un diagnostic posé par un médecin. »

- Peut-on parler de liberté de suicide ?

« En général la personne aux urgences est en souffrance, **la maladie ne lui permet pas d'avoir un avis libre et éclairé.** Il faut une capacité de discernement. »

« C'est comme de demander à une personne qui a les yeux bandés de marcher droit ! »

« La perception est biaisée, faussée. En ce sens, il y a nécessité de traitement sinon il y a non assistance à personne en danger. »

- Que pensez-vous des hospitalisations non volontaires ?

« Ce système existe, c'est aux politiciens de décider de le modifier. »

« Aux urgences, on cherche à éviter les hospitalisations non volontaires. On cherche à donner au patient les conditions d'utiliser ses moyens pour vivre dans son milieu. Si on pouvait éviter les hospitalisations ce serait bien, idéal ... »

« Pour les trois grandes pathologies c'est inévitable. »

- Que pensez-vous de l'Italie qui supprime ses hôpitaux psychiatriques ?

« Il faudrait comparer le taux de suicides. De plus la suppression n'est pas totale. »

« L'hôpital psychiatrique n'est pas une garderie. »

« Pour avoir un avis sur le fonctionnement du système il faut avoir une vision large du problème. C'est à demander aux responsables de services, aux financiers et aux politiciens pour répondre aux besoins de la population. »

« A Genève le réseau de soins psychiatriques est très dense, cela ne veut pas dire que je sois satisfait. **Je souhaiterais avoir un peu plus de temps pour mes patients.** »

- Le coût de l'hospitalisation en psychiatrie est-il trop élevé ?

« **Sans traitement adéquat beaucoup de patients finissent en invalidité. En ce sens une bonne prise en charge des patients psychiatriques représente une plus value pour la société.** »

Entretien avec des infirmiers et des infirmières de Belle-Idée

Cette interview a eu lieu juste après celle des patients que nous y avons rencontrés.

- Comment sont les gens qu'on hospitalise en ENV lorsqu'ils arrivent ici ?

Infirmiers :

- « Ils sont très fâchés »
- « On leur dit qu'ils peuvent faire recours en trois jours »
- « On leur dit aussi que s'ils s'échappent on doit appeler la police pour les rechercher. En général ça les calme. »
- « **Lors des admissions non volontaires avec des patients violents, on se met à plusieurs. On a l'habitude. Mais c'est vrai que parfois, face à ces patients, on a un sentiment d'insécurité.** »
- « Ces patients arrivent des urgences, souvent en crise »
- « On doit les enfermer parfois. C'est une charge supplémentaire de stress »

On rappelle ici l'histoire que le Dr. Bertschy nous avait racontée. Un jour où ils avaient dû enfermer un patient trop agressif, un problème s'est posé. Comment entrer dans la chambre en étant sûr que le patient n'attendait pas derrière la porte, prêt à frapper ? Les portes n'étant pas pourvues d'œillet permettant de voir à l'intérieur sans ouvrir la porte, une infirmière était sortie et, à l'aide d'un tabouret avait regardé par la fenêtre de la chambre pour voir ce que faisait le patient.

Les infirmiers rient.

- Que pensez-vous de la liberté de refuser le traitement. Cela vous pose-t-il des problèmes ?

Infirmiers :

- « On est trop permissif. On laisse souffrir les gens. Il faudrait remettre le savoir à sa place, c'est-à-dire au centre de la prise en charge. Il n'y a pas que le patient. On devrait pouvoir traiter les gens »
- « **les gens n'ont pas de liberté réelle quand ils refusent. Ils sont liés par leur maladie.** »

Médecin :

« Ce qu'on fait, c'est laisser du temps pour obtenir l'adhésion thérapeutique du patient. Si ça ne marche pas, on demande la curatelle (i.e. curatelle de soins) »

« C'est toujours mieux d'obtenir l'adhésion du patient. »

Infirmiers :

- « On fait un travail de préparation pour les soins lorsque les patients sont en crise. »
- Mais il y en a peu qui sont contre le traitement. En général ils comprennent. On fait accepter. »
- « **Laisser le choix (le choix de refuser le traitement ou pas) à l'entrée est peut-être une erreur.** »

Médecin :

« Ce qui est important c'est d'expliquer. **On explique toujours ce qu'on va faire et pourquoi on veut leur donner un médicament. Et les gens s'en rappellent, même s'ils sont en crise. Il n'est pas rare que par la suite, ils s'excusent [de leur comportement parfois violent] et remercient parfois à la fin du séjour.** »

« A la sortie, on donne des avis concernant la suite du traitement ou un suivi ambulatoire (en CTB par exemple). Ces avis sont suivis, en général.

Entretien avec le patron de la centrale d'ambulances

- Vous dirigez une société d'ambulances, êtes-vous souvent en contact avec des hospitalisations non volontaires en psychiatrie ?

« **Tout transport non volontaire se fait en ambulance, toujours.** La police emmène les personnes aux urgences de psychiatrie et le transport vers Belle-Idée se fait en ambulance jamais en taxi même si les gens sont calmes. C'est un travail quotidien. C'est le seul moyen pour un transport dans de bonnes conditions. Les pompiers disposent également d'ambulances. »

- Constatez-vous une population à risque ?

« On peut dire que cela touche tous les milieux sociaux. Je ne dispose pas de statistiques, mais cela touche tout le monde. **Je transporte des gens de tout âge depuis les adolescents jusqu'aux personnes âgées.** Pour ce qui est des enfants, ils sont aussi concernés mais sont soignés dans une cellule spéciale qui n'est pas à Belle-Idée. »

- Comment les patients réagissent-ils à leur privation de liberté ?

« Tous les cas de figure se retrouvent : Les violents sont contraints par la force ou s'ils acceptent, viennent de leur plein gré. »

« **En cas de violence, les médicaments sont utilisés en dernier recours. On favorise la contention.** Parfois nous faisons appel à la police pour nous aider à maîtriser une personne sans blessure pour elle comme pour nous. »

« Si la personne est tellement violente que le risque persiste, alors des médicaments sont administrés, mais nous évitons au maximum car cela fausse le diagnostic primaire à l'arrivée. »

- Les critères d'hospitalisation non volontaire spécifient la notion de danger, le percevez-vous ?

« La décision est prise par le médecin. Je ne juge pas si les gens sont en danger, c'est une décision médicale que je respecte, mais c'est très souvent évident. **Si une personne essaye de se défenestrer ou si elle menace les autres avec un couteau il ne faut pas être sorti de St Cyr pour comprendre le problème.** »

- Quelle est votre perception du problème ?

« Les patients sont des personnes qui souffrent, à ne pas oublier. Il ne faut pas les laisser dehors en liberté livrées à elles-mêmes. »

« La loi est faite pour protéger le patient, pas le médecin qui applique la loi. Les malades ont un droit de recours. Au moment où cela se produit, le médecin n'a pas d'autres solutions que d'hospitaliser les gens. Et ce n'est pas facile de prendre une décision juste sur le terrain, dans l'urgence on découvre la situation, on ne connaît pas les gens. »

« **Il y a une commission de surveillance pour éviter les abus.** »

- Trouvez-vous que la procédure soit trop facile et que, de ce fait il y ait trop d'HNV ?

« **La société actuelle est en permanence en activité et stressée. De ce fait beaucoup de fragilités ressortent.** Pour ma part je ne pense pas qu'il y ait d'abus. »

- Vos interventions sont-elles régulières tout au long de l'année ?

« Globalement oui, avec quelques pics non quantifiés. Avant les Fêtes de fin d'année pour les personnes seules avec un terrain favorable pour les dépressions. Je ne sais pas si les internements sont plus nombreux, beaucoup demandent de l'aide d'eux même. »

« Il existe aussi des pics avec la pleine lune. »

- Par qui sont-ils adressés ?

« Les patients HNV proviennent de tous les milieux. Ils peuvent être adressés par la police s'ils dérangent sur la voie publique. Une évaluation est alors faite par le médecin et un transport organisé vers Belle-Idée. »

« L'entourage au domicile peut aussi signaler que la personne ne va plus, qu'elle dit n'importe quoi ou devient menaçante. L'hôpital ou les centres de thérapie brève peuvent aussi appeler lorsque la thérapie ambulatoire n'est plus possible. On ne peut laisser les gens. Il faut sortir la personne de sa crise. »

- Vous avez le sentiment que ce sont des personnes en crise ?

« Je n'ai pas de suivi, je ne vois que la crise, ensuite ce n'est plus mon travail. »

- Pensez-vous que l'hôpital psychiatrique soit la bonne solution ?

« Nous amenons les personnes à Belle-Idée. C'est un milieu de prise en charge, on peut changer le nom, mais le traitement restera le même. On ne peut mettre un infirmier et un médecin au domicile de chacun... »

« Hôpital psychiatrique ou autre nom, cela ne change rien. Je ne connais pas d'autre moyen de surveiller les gens en conservant la sécurité... »

« On peut l'appeler comme on veut, si on sort les patients du milieu où ils étaient en danger. Il faut les protéger, alors où les mettre ? »

« Pour le reste chacun est libre de penser ce qu'il veut... »

« Quand on hospitalise en non volontaire, on prive les gens de la possibilité de décider pour eux même. Le patient doit tout laisser tomber pour suivre ce qui lui est imposé. C'est normal que les gens s'opposent à l'hospitalisation. »

« Pour ce qui est de l'efficacité, on essaye toujours de favoriser le côté verbal et humain de la prise en charge. On explique ... Mais il faut exécuter, rien ne sert d'en venir aux mains, c'est mieux pour tout le monde. Certains arrivent à comprendre d'autres pas. Ils sont trop mal, ils n'arrivent pas à raisonner. »

- Avez-vous une critique constructive à formuler ?

« Pas aujourd'hui, si ce n'est le manque de place à Belle-Idée. Il faudrait envisager de créer une structure parallèle sur la rive droite pour décharger. »

« Le système lui-même est bien fait et laisse pas mal de possibilités par rapport aux autres pays. »

« En France si un membre de votre famille veut vous interner, il fait appel au procureur de la république et la police se charge du reste. Vous êtes interné sans diagnostic par un médecin. »

« En Suisse c'est toujours une décision médicale, avec droit de recours au bout de trois jours. On peut s'expliquer devant une commission, exposer ses motivations, ce qui s'est passé. »

« Le cadre légal me semble très adapté à la situation. »

Entretien avec le Dr. Sartorio

Le Dr Sartorio est le vice président du CSP (Conseil de Surveillance Psychiatrique).

- Tout d'abord, expliquez-nous ce qu'est le CSP.

« Le CSP est le Conseil de Surveillance Psychiatrique. Cette entité va bientôt disparaître car nous allons fusionner avec la Commission de Surveillance des Activités Médicales mais le travail que nous faisons actuellement continuera à peu près de la même manière, si ce n'est qu'on a voulu rajouter des garde-fous. **On est là pour surveiller les institutions psychiatriques, on valide systématiquement les hospitalisations non volontaires. C'est une validation médico-légale effectuée par le médecin. On vérifie que la loi a été respectée et que le patient nécessite bien un tel traitement.** »

- Nous avons été très surpris par l'importance du nombre d'hospitalisation non volontaire à Genève. Elles représentent deux tiers des hospitalisations chaque année, soit un chiffre de 2'600 hospitalisations en ENV en 2004 à Genève.

« Oui, tout à fait. **Nous avons probablement le plus haut taux d'hospitalisation non volontaire par habitant au monde.** C'est pour nous-même aussi une grosse interrogation. On a des idées de pourquoi mais on n'a aucune preuve. »

- N'est-ce pas parce que l'ENV à Genève est facile à mettre en œuvre que nous voyons autant de cas par année ?

« Nous avons une loi (loi K1 «24) extrêmement bien faite avec certains critères qui sont là pour protéger le patient. Mais, évidemment, un critère comme celui de « dangerosité » est forcément subjectif et laissé à l'appréciation du médecin. **Soyons clair, la loi est bien faite mais elle donne des critères très subjectifs.** A

partir de là, et j'ai envie de dire en fonction de où l'on se place sur l'échiquier politique on va être tiré d'un côté ou de l'autre. Pour simplifier, on le voit bien et ce n'est pas un avis personnel mais juste une constatation, que d'un côté, les tenants d'un certain ordre, que l'on trouve surtout parmi les membres de l'UDC, sont souvent extrêmement restrictifs alors qu'à l'opposé, avec des gens qui sont plutôt à gauche, on défend beaucoup plus la liberté individuelle. »

- Que faudrait-il faire pour limiter le nombre d'hospitalisation en ENV ?

« Un des problème vient du fait qu'un patient en crise en pleine nuit peut être adressé à Belle-Idée directement par SOS médecin, par exemple. Mais ce ne sont pas des psychiatres. Ce qu'on voit alors, ce sont des bons de demande d'hospitalisation non volontaire, remplis avec pratiquement mot à mot la liste des critères prévus par la loi. Juridiquement c'est valable mais psychiatriquement on ne s'y retrouve pas toujours. **Je pense que le passage systématique des patients par les urgences psychiatriques des HUG serait une bonne chose.** Cela permettrait un premier tri par des personnes compétentes pour le faire. De plus, les psychiatres qui y travaillent connaissent mieux les différentes options du réseau de prise en charge et peuvent plus facilement trouver des solutions qui ne sont pas forcément l'hospitalisation à Belle-Idée. »

« Mais attention, les gens qui se font hospitaliser, le sont toujours pour quelque chose. Je n'ai jamais vu de personne internée à Belle-Idée pour rien. Simplement, je dis que, parfois, une solution intermédiaire peut être mieux adaptée. »

- Peut-on définir une population plus à risque d'être hospitalisée en ENV ?

« Alors je n'ai pas de chiffres mais, comme ça subjectivement, on est étonné du nombre d'étrangers et donc souvent dans des situations sociales précaires. Mais quand on les voit à Belle-Idée, c'est finalement assez logique. Quand on a un statut de réfugié pas clair et puis qu'on vient d'un pays où on a vécu des choses épouvantables, on a plus de chance de décompenser qu'un Genevois bien inséré.

- Pensez-vous que le fait qu'il y ait autant d'hospitalisations non volontaires soit lié à un problème social ?

« En partie oui parce qu'on voit qu'à Belle-Idée ils ont plus de problèmes depuis ces dix dernières années quand la situation sociale a commencé à se détériorer et en partie non parce qu'à Genève on a un réseau de soins psychiatriques extrêmement bien développé et que quand un système offre autant de possibilités, et bien on les utilise. »

- En quelque sorte, l'offre créerait la demande ?

« C'est un peu ça. Mais je dirais plutôt qu'on utilise le système qu'on a. Dans d'autres cantons, où le système de soins psychiatriques est moins développé, on fait autrement et ça marche aussi bien. »

« Il y a aussi un autre facteur à prendre en compte pour expliquer le nombre d'hospitalisations en ENV. **Belle-Idée est fréquemment en surpopulation. L'hôpital fonctionne souvent avec un taux d'occupation de cent dix, cent quinze pourcent. De ce fait, l'hôpital est parfois obligé de bloquer les admissions volontaires. Du coup, beaucoup plus de demandes d'hospitalisations sont faites en non volontaire. Il arrive même que ce soit un patient, d'accord d'entrer en volontaire mais qui ne peut pas le faire, qui demande à son médecin de l'admettre en non volontaire.** »

« Tout le monde n'est pas d'accord avec moi mais **je pense que, idéalement, il ne devrait pas y avoir d'entrées volontaires à Belle-Idée.** Avec le nombre de structures de prise en charge qui existe à Genève, chaque patient qui décide de se traiter devrait trouver une place dans un CTB ou autre. **Belle-Idée est un endroit où l'on traite les crises. Le traitement de fond se fait à l'extérieur.** »

- Que pensez-vous du paradoxe apparent entre la possibilité d'hospitaliser contre son gré un patient et la liberté qu'il a de refuser le traitement qu'on lui proposerait ?

« C'est vrai que ça pose parfois des problèmes. Mais de nouveau, ça a été fait, et à juste titre d'ailleurs, pour protéger l'intégrité du patient. De fait on se retrouve avec des patients suffisamment dangereux pour avoir été hospitalisés mais pas assez pour qu'on puisse dire qu'il y a « danger vital » et donc qu'on puisse le traiter. Ça peut durer des semaines. »

« Cette loi est un compromis et comme toujours, un compromis ne satisfait pas entièrement tous les partis. »

- Quelles sont les causes les plus fréquentes d'hospitalisations non volontaires ?

« La grande majorité des cas sont des décompensations psychotiques [...]. La deuxième grande cause est les gestes suicidaires. »

- Avez-vous beaucoup de cas d'hospitalisations multiples?

« Je n'ai pas de chiffre mais je dirais que ce sont des cas qui restent minoritaires. Je ne dirais pas qu'ils sont l'exception, mais ils restent minoritaires. Mais de nouveau, c'est la loi qui veut ça. Quelqu'un qui rentre pour une décompensation délirante, on lui fait un traitement. Il n'a plus les critères de dangerosité, on doit le sortir alors qu'il n'est pas guéri. »

« C'est un des points de friction que l'on a avec les médecins de Belle-Idée. Parfois, pris dans leur éthique personnelle de médecin, ils oublient qu'il faut aussi respecter les droits individuels des patients. On a le droit d'être fou ! »

- Justement, quelle doit être la tolérance de la société vis-à-vis de ses « fous » ?

« Pour moi, la loi est très bien faite. La limite c'est justement le danger pour les autres. Si un citoyen fait courir un danger à un autre citoyen, on doit protéger l'autre citoyen. Ça tout le monde est d'accord. Là où les gens commencent à ne plus être d'accord, c'est sur le critère de danger pour soi-même, critère donné par la loi. Et là, il y en a qui disent : « les gens ont le droit de se suicider, c'est leur affaire ». C'est aussi l'avis de beaucoup de professeurs de droit. Les psychiatres ont eux un avis plus nuancé. Quelqu'un qui a des voix, par exemple, il est idéaliste et illusoire de dire qu'il est bien avec ça. Il est pris et dépassé par quelque chose qu'il ne contrôle pas. Il n'y a pas de liberté quand on a des voix. C'est un avis qui se vérifie mais de là à dire qu'il faut soigner les gens pour autant. La loi, en tout cas, ne le dit pas. »

...

Le Dr. Sartorio nous apprend un peu plus tard, que le CSP reçoit parfois des demandes d'internement de la part de la famille ou de voisins. Il nous explique comment ces demandes sont traitées.

« Quand on reçoit ces demandes et qu'on estime qu'il y a quelque chose à faire, on mandate un psychiatre pour une évaluation. C'est lui qui va établir, s'il y a lieu, le certificat médical qui permettra l'hospitalisation en ENV. »

A propos des demandes de sortie, le Dr. Sartorio nous explique comment le CSP fait pour les valider ou non.

« Pour une demande de sortie, le CSP se rend à Belle-Idée pour évaluer le patient. Quand on monte à Belle-Idée, on est deux médecins et un juriste. Le juriste est là pour rappeler le cadre légal et les médecins pour l'évaluation psychiatrique. »

« Dans la nouvelle commission (n.b. à partir du premier septembre 2006, le Conseil de Surveillance Psychiatrique, le CSP, va fusionner avec l'actuelle Commission de Surveillance des Activités Médicales), on voulait introduire un représentant du patient. Du coup, il y aurait eu un seul médecin et une décision de sortie aurait pu se faire contre l'avis médical. »

- En quoi cela est-il si dérangent ?

« Et bien on demande au médecin d'évaluer le patient. Il faut pour cela lui donner le pouvoir dont il a besoin. Sinon ça ne sert à rien. »

« Heureusement, nous avons obtenu que le médecin ait une voix prépondérante. Mais ça montre bien tout de même le manque de confiance général dans la psychiatrie [...]. »

Entretien avec des patients à Belle-Idée

Mercredi 21.06.06.

Patient 1 : femme, environ 45 ans, hospitalisée non volontairement pour des problèmes d'alcool.

Patient 2 : homme, environ 45 ans, hospitalisé volontairement pour une dépression.

Patient 3 : femme, environ 20 ans, hospitalisée volontairement pour une hyperactivité.

P1 : « **J'ai été amenée ici pour être protégée. C'est une bonne chose.** »

P2 : « J'ai été hospitalisé volontairement. J'ai décidé de venir ici parce que j'ai une dépression. Je recherchais de l'aide. »

P3 : « Je suis venue ici volontairement. Je mélangeais l'alcool et des benzodiazépines. Je sais maintenant pourquoi j'ai un problème [avec les autres], j'ai un objectif. »

- Que pensez-vous des hospitalisations non volontaires ?

P2 : « **Il y des personnes qui dérangent la société.** Ils sont amenés par la police et on les met ici (i.e. à Belle-Idée). »

« Je me demande s'il y a une relation avec la prison ? »

(Ici, nous lui expliquons ce qu'il en est. Les hospitalisations en ENV peuvent effectivement venir d'une décision pénale auquel cas il existe un pavillon carcéral qui accueille les personnes condamnées à la prison mais dont la peine a été transformée en hospitalisation. Ce n'est cependant, et de loin pas, la principale cause d'hospitalisation en ENV. La plupart viennent de décisions médicales au sens des articles 397a et suiv. du CC.)

P3 : « Certaines personnes ne se rendent pas compte qu'elles sont en danger »

P1 : « Je me mettais en danger moi-même. Aux rendez-vous de routine (*P1* est suivie par la consultation psychiatrique du Centre Acacias) j'étais alcoolisée. Au

Centre Acacias, ils m'ont gardée quelques heures pour que je me repose. Puis ils m'ont envoyée ici. »

« J'ai déjà fait un séjour volontaire ici, il y a trois semaines (i.e. pour les mêmes raisons que ci-dessus). J'allais beaucoup mieux après mais ça n'était pas suffisant. »

« J'ai discuté avec la doctoresse. Je suis actuellement en sevrage [pour mon problème d'alcool]. J'ai eu une permission pour aller quelques heures chez moi. »

« Je suis arrivée ici vendredi dernier (i.e. le 16.06.06) et en quelques jours ça allait déjà mieux. Je sors normalement demain (i.e. le 22.06.06). »

- Comment avez-vous trouvé le séjour, que vous a-t-il apporté ?

P1 : « Les conditions étaient idéales il y a trois semaines. Rien a voir avec cette semaine ! »

P3 et P1 : « **La semaine a été difficile. Il y avait beaucoup de violence verbale.** »

P2 : « C'est normal, c'est un hôpital psychiatrique ! »

P3 : « C'est difficile, j'ai déjà assez de mes problèmes... »

P1 : « Les gens passent ici puis sont transférés. Ceux qu'on ne voit plus sont transférés, pas sortis. »

- Comment sont vos relations avec le personnel soignant ?

P1 : « **La relation avec le personnel est très bonne.** »

- Que faites-vous la journée ?

P3 : « Il y a des activités volontaires les mardis et vendredis soirs, je crois. De la poterie ou de la peinture. Je n'y vais pas. Mais il n'y a pas d'activités obligatoires. (rem. : ces patients sont hospitalisés dans un pavillon de courts séjours. Il y a plus d'activités proposées dans les pavillons de longs et moyens séjours.) »

P1 : « On a de la chance qu'il fasse beau cette semaine. On peut profiter de jardins. »

« A l'intérieur, c'est difficile. Il y a beaucoup de cris. D'autres patients qui crient ou qui tapent, même la nuit. »

« **Le plus dur, ce sont les autres.** »

P3 : « Oui, on compatit, on fait de l'humour noir. »

« Un patient peut changer l'ambiance. »

- Comment réagissent les gens qui sont hospitalisés en ENV ?

P3 : « On ne les voit pas mais on les entend ! »

P2 : « Il y a de tout. Ceux qui réagissent parfois violemment et ceux qui se résignent. C'est normal, ça dépend des cas. »

P3 : « **Il y a des gens qui sont beaucoup mieux ici. Dehors ils se feraient du mal !** »

Au sujet de la liberté de refuser le traitement, nous leur demandons :

- Avez-vous accepté le traitement qu'on vous a proposé ?

P1 : « Oui bien sûr. J'ai pris mon médicament. »

P2 : « Il y a une personne qui refuse ici (il parle d'un autre patient, que nous ne connaissons pas). »

Nous lui demandons ce qu'il en pense

P2 : « C'est bien. »

P3 : « Ce serait mieux qu'ils prennent leurs médicaments, pour s'en sortir. **Tant qu'à faire, tant qu'à être ici, il vaut mieux se traiter. Mais ça dépend des cas.** »

P2 : « Les hospitalisations non volontaires touchent l'ordre public. Il y a un dérangement et on ne peut pas les mettre en prison. Alors ils viennent ici. C'est le travail de la police. »

(L'entretien n'était pas très structuré. Les patients parlaient entre eux et avec nous et parfois ils revenaient sur un sujet dont nous avons déjà parlé avant.)

- Comment vous sentez-vous maintenant ?

P1 : « J'ai envie de reprendre une vie normale. On me donne les moyens pour y arriver. »

« J'ai envie de partir, mais je serais suivie. Je suis déjà venue il y a trois semaines puis j'ai eu des problèmes. J'ai rechuté et je suis revenue mais cette fois en non volontaire. »

- Est-ce que votre séjour se passe bien ?

P1 : « J'étais ici il y a trois semaines, en hospitalisation volontaire. J'étais avec des gens normaux, c'est-à-dire non violents. Mais cette semaine est difficile. Il y a beaucoup de violence [surtout verbale]. Si j'avais su je n'aurais pas accepté de venir, je me serais échappée. »

- Y a-t-il beaucoup de gens qui s'enfuient ?

P1 : « Il y en a qui essaye de partir mais il se font rattraper. »

« On peut circuler librement dans le jardin. Il faut une permission pour sortir ou pour aller au café du Lac (il y a un petit restaurant sur le site de Belle-Idée, au bord de « la Mare au Canard »).

- Comment réagit votre famille ou vos amis face à votre hospitalisation ?
Leur en avez-vous parlé ?

P1 : « Personne ne sait que je suis ici. Je ne veux pas le dire à ma belle-mère. »

P2 : « Les gens (i.e. sa famille) ne viennent pas souvent me voir. »

P3 : « Je ne l'ai pas dit à mon père. Maintenant que je connais mon problème ça ira mieux. Peut-être que je lui en parlerai un jour. »

- Que pensent les gens en général des personnes qui sont hospitalisées ici ?

P1 : « Les gens connaissent mon problème. Je n'en ai pas honte. Simplement j'évite d'en parler. »

« Je ne suis pas folle »

P3 : « **Oui, on vient ici et on est tout de suite fiché comme fou.** Vous, vous essayez de comprendre mais ce n'est pas le cas de tout le monde. »

« Je veux essayer de m'approprier, de trouver le bon traitement avant d'en parler autour de moi. »

En conclusion, P1 revient sur ce qui se passe dans le pavillon :

P1 : « **Les cris sont difficiles à supporter mais il n'y a pas de violence physique.** Ça perturbe, c'est difficile à vivre. »

P3 : « Je suis heureuse de sortir bientôt. »

P1 : « Pour ça, les CTB sont une bonne solution. »

Entretien avec Mme Shirin Hatam

Shirin Hatam est la conseillère juridique de l'association Pro Mente Sana

Mme Shirin Hatam nous explique tout d'abord quelle est la raison d'être d'une association comme Pro Mente Sana : « Cela découle de la mouvance anti-psychiatrie, lorsque la psychiatrie enfermait et n'écoutait pas les patients. Aujourd'hui on est une association en partie financée par des fonds publics sur la base de la loi

sur l'assurance invalidité, pour défendre les droits et les intérêts des patients psychiques. **On n'est pas tenant d'un type de psychiatrie particulier. Le but est le respect des droits des personnes**, donc de faire entendre leur voix et d'assurer que dans la manière dont la psychiatrie est organisée et dont les lois sont faites que le patient puisse se faire entendre. Pro Mente Sana se rejoint également avec d'autres associations contre les traitements forcés. »

Elle parle d'un éventuel retour en arrière en matière de psychiatrie : « Ce n'est pas un retour en arrière brutal, ce n'est pas un changement d'idéologie. Mais on est dans des cadres de restrictions budgétaires assez strictes où on n'arrive pas à assurer un encadrement suffisant pour ne pas être un peu autoritaire. Par exemple, **les pavillons à Belle-Idée sont fermés, ce qui est illégal. On a pas le droit de fermer tout un pavillon et donc d'enfermer tous les malades. Mais les médecins se retrouvent face à des impératifs tels qu'ils ne trouvent que ce moyen-là pour faire leur travail. Si on ne se donne pas les moyens d'avoir une psychiatrie qui soit respectueuse des gens, on va revenir à un gardiennage.** Les patients se plaignent d'un manque de personnel hospitalier et contre le fait qu'on leur donne des médicaments qui ne servent qu'à calmer les symptômes, alors qu'une fois que la tension a un peu baissé, on les renvoie. **On ressent l'inconfort des médecins à propos du fait qu'ils doivent enfermer illégalement les gens, car ça va contre leur idéologie.** Les médecins sont en fait contraints de prendre ces mesures. **L'hôpital est devenu un lieu de crise, ce n'est plus un lieu de vie, ce n'est plus un asile.** Les gens qui ont les moyens financiers d'éviter Belle-Idée le font. Avec une assurance privée, dès qu'ils ne se sentent pas bien ils vont dans une clinique. Mais ceux qui n'ont pas les moyens essaient d'entrer à Belle-Idée. Belle-Idée ne peut pas les prendre car il n'y a plus de place, jusqu'au moment où ils entrent en crise et sont admis en entrée non volontaire. C'est une brutalisation énorme, un traumatisme monstrueux pour les patients. **L'hôpital n'arrive pas à accueillir les gens au moment où ils demandent de l'aide. C'est dû à un manque de places, à un manque de budget.** Il n'y a pas de prise en charge au bon moment, mais je ne sais pas à qui revient la faute. Il faudrait par exemple une structure mobile d'aide à domicile. »

Lorsque nous lui demandons son avis sur les situations ambiguës que peut créer le droit de refuser un traitement, voici ce qu'elle répond : « A partir du moment où les médecins n'ont pas autre chose à proposer qu'un traitement pharmacologique, c'est là que le droit de refuser un traitement peut créer des

situations contradictoires. **Les patients disent que la science médicale n'est pas la seule à avoir le monopole du savoir sur le traitement d'une personne en crise.** »

Elle remarque l'apparition d'une nouvelle pression économique exercée par les assurances : « Il y a aussi un problème au niveau des assurances, car **ce n'est pas sûr qu'une assurance accepte de rembourser une hospitalisation de six mois parce que la personne refuse de se traiter alors qu'avec un traitement elle serait restée trois semaines - un mois.** C'est une pression économique qui est tout à fait nouvelle. Les médecins ne vont bientôt plus servir à rien car ce sont les assureurs qui décident tout ! Le pouvoir se déplace du corps médical vers les assurances. »

Elle parle également de la difficulté d'apprécier la dangerosité chez une personne : « **L'appréciation de la dangerosité d'une personne n'est pas quelque chose de simple.** De plus les patients peuvent manipuler le médecin. Beaucoup de patients disent qu'ils sont capables de manipuler un médecin qui ne les connaît pas. Un proche de la personne serait sûrement plus à même d'apprécier sa dangerosité. »

Nous lui demandons si la société exerce une pression sur l'internement d'un patient psychique : « **Souvent les patients se plaignent qu'on les interne uniquement parce qu'ils dérangent,** c'est donc possible qu'il y ait une pression de la société. Il faudrait parfois une plus grande marge de tolérance. »

Elle nous explique ce que permet la loi : « La loi ne dit pas qu'on peut hospitaliser et soigner des gens, mais qu'on peut les retenir quand on ne peut pas leur apporter d'autre assistance. L'internement ne sert donc qu'à faire baisser la pression chez un patient en crise, puis on le libère. Pro Mente Sana ne milite pas pour la guérison mais pour le rétablissement des patients, c'est-à-dire retrouver un plaisir à vivre, une façon de vivre, des relations avec le monde, tout en acceptant une maladie, une fragilité, une difficulté, etc. L'hôpital psychiatrique n'est pas en mesure d'apporter le rétablissement chez une personne en crise en période de PLAFA. »

Entretien avec Mme T.K. et Mme X

Mme T.K. et Mme X font partie du Mouvement des Sans-Voix, maintenant R.E.E.V. (Réseau d'Entraide des Entendeurs de Voix)

Ce sont des dames âgées, qui ont été traitées pour une schizophrénie. Toutes deux ont été hospitalisées à plusieurs reprises depuis le début des années septante.

Mme X. a fait l'objet de 3 hospitalisations en entrée non volontaire, de 8 hospitalisations en entrée volontaire mais non décidées et 1 hospitalisation volontaire et décidée.

Mme X. : « À ma première hospitalisation non volontaire, j'ai eu l'impression de ne plus être maître de moi-même. »

L'entretien porte essentiellement sur les traitements utilisés en psychiatrie, particulièrement l'usage de neuroleptiques de première génération.

T.K. et Mme X sont contre l'usage des neuroleptiques.

*T.K. : « ...il y a des problèmes de supersensibilité au traitement. C'est-à-dire qu'il y a des effets secondaires épouvantables. On est si mal avec ces traitements, on est presque dans le coma. Alors on accuse la maladie [le mal-être provient de la maladie et non du traitement] et on augmente le traitement. C'est pourquoi **j'ai toujours fait opposition au traitement**, c'était épouvantable... »*

Mme X. : « Il y a aussi le problème de l'akakinésie. Avec ces traitements, on bouge tout le temps. On doit bouger même si on est fatigué à mourir. Alors on augmente le médicament [...] il n'y a pas eu de dialogue [avec les médecins], ces problèmes étaient dû à la maladie. Mais aujourd'hui je suis sortie de cet engrenage. »

Mme X. nous fait part ensuite d'un entretien qu'elle a eu avec un médecin il y a plusieurs années au sujet de l'établissement d'un traitement aux neuroleptiques qu'elle refusait.

Elle nous rapporte les mots du médecin : « [...] c'est moi qui sais, je ne capitulerai pas. Si vous rechutez, je vous obligerai à prendre des neuroleptiques [...] . »

Mme X. reprend en disant :

Mme X. : « Je ne sortais pas de cet engrenage... »

L'engrenage dont parle ici Mme X pourrait se résumer comme suit :

- prendre un traitement parce qu'on va mal
- aller encore plus mal à cause de ce traitement
- dire que ce mal-être grandissant est dû à la maladie et non au traitement
- augmenter le traitement
- aller encore plus mal
- etc...

Mme X. : « ...jusqu'à ce qu'un jour j'aie suffisamment bien pour arrêter [le traitement]. Depuis je vais mieux ! »

Elle rapporte encore la réponse que lui fit son médecin lorsqu'elle revint le voir quelque temps plus tard : « Je suis d'accord, ce traitement était mal adapté pour vous »

A propos de l'hospitalisation en entrée non volontaire, T.K. nous dit :

T.K. : « Ils [les médecins] ont la possibilité de vous embarquer que tu le veuilles ou non. Pour eux on est toujours dangereux pour soi-même, même si on ne fait pas de mal à une mouche. Alors on vous embarque... »

On lui demande alors ce qu'il faudrait faire avec une personne en crise qui jetterait ses meubles par la fenêtre, par exemple.

T.K. : « Jeter des meubles par la fenêtre, est-ce si dramatique ? [Cette personne] peut se calmer avec une personne [elle entend ici grâce à un contact humain plutôt que par un traitement]. Le traitement rend agressif et dépendant. Le traitement peut même déclencher des crises... »

Elle nous confie ensuite ce qu'elle a ressenti au cours d'une de ses crises.

Mme X. : « J'avais l'impression que les soignants regardaient sans m'aider. [...] j'étais trop mal, je me renfermais dans ma bulle. Les soignants étaient à côté de moi, sans rien faire si ce n'est me prescrire des médicaments. »

« Plus tard, en supprimant le traitement neuroleptique, c'est allé mieux. »

« Si je me révoltais contre ma situation (i.e. prendre un traitement dont elle ne voulait pas), alors on m'hospitalisait de force et on me donnait des médicaments. »

« J'aurais aimé que ce ne soit pas mes proches qui reçoivent mes doutes, mes colères [à propos de ma situation]... Je n'étais pas accompagnée par les soignants... Les médecins que je voyais me disaient qu'ils ne me connaissaient pas, qu'ils n'avaient pas lu mon dossier !»

« Je trouve normal d'avoir des doutes, des interrogations [face au traitement] dans mon état. Je ne voulais pas reprendre de traitement [à cause des mauvaises expériences que j'avais eues]. J'aurais aimé pouvoir en parler. Le personnel vous répond qu'ils n'ont pas le temps. »

Lorsque nous lui rappelons que le traitement n'est possible qu'avec le consentement du patient, Mme T.K. réagit vivement :

Mme T.K. : « La liberté d'accepter les soins est une théorie. En pratique ce n'est pas vrai. On subit tellement de pression de la part des soignants qu'on finit par accepter le traitement.»

Pause... Mme T.K. reprend

Mme T.K. : « Le traitement n'est jamais indispensable. Il ne guérit en aucun cas. Il fragilise et rend pharmacodépendant. Je suis étonnée que les médecins ne

voient pas les conséquences du traitement (i.e. qu'il peut faire empirer l'état du patient). »

« On peut calmer d'une autre manière. »

A propos de ces traitements dévastateurs dont nous parle Mme X, elle dit :

Mme X. : « J'ai mis vingt ans à me sortir de ce cercle vicieux, c'est difficile de se libérer ! »

« Il faudrait plus de sagesse, plus de connaissances sur les traitements pour sauvegarder l'autonomie des patients. On cherche des médicaments pour supprimer les symptômes ; cela aide les proches mais pas les patients. »

« Une fois qu'on prend un traitement on a un risque de chronicité (i.e. ce sont des traitements qui se prennent sur le long terme). **Le traitement diminue l'autonomie du patient.** »

« J'aimerais qu'il y ait une prise en charge loyale du patient mais pas par un traitement. »

Nous leur faisons alors remarquer que pour un patient en crise, violent et agressif, certaines mesures sont nécessaires. Mesures qui passent souvent par l'administration d'un médicament.

T.K. nous répond alors :

T.K. : « [...] ils vont trop vite, sont trop violents. Tout est appelé « crise ». »

Mme X. intervient :

Mme X. : « Avec une bonne psychothérapie, on arrive à des merveilles ! Pas de traitement, pas d'hospitalisation. Avec une psychothérapie, on peut guérir même d'un cancer. Il faut prendre le temps de travailler le blocage. Quand j'ai demandé à faire une psychothérapie on m'a répondu que ce n'était pas possible. Ils [les médecins] voulaient me garder. Ils ont tout fait pour, tout, tout... »

Nous leur faisons remarquer encore que pour mettre en place une psychothérapie, il fallait que le patient s'investisse dans le traitement et que d'après les médecins que nous avons rencontrés, ce n'était pas toujours possible.

Mme X. répond :

Mme X. : « Oui, pour la psychothérapie il faut que les gens aient envie de cheminer. »

Plus tard nous leur demandons ce qu'elles pensent de la prise en charge au niveau de l'hôpital psychiatrique.

Mme X. : « De manière générale, les psychiatres sont trop pressés. Ils veulent se protéger et protéger la société. Il n'y a pas d'empathie. Par contre pour mon cancer (NB: Mme X. a eu un cancer du sein il y a quelques années), les médecins ont prit le temps de m'expliquer ce qui se passait et ce qu'on pouvait faire. Avec la psychiatrie, rien ! »

En guise de conclusion, T.K. revient sur ses hospitalisations multiples en disant :

T.K. : « Après ma première expérience (i.e. première hospitalisation), je redoutais les traitements [pharmacologiques] et ses effets néfastes sur mon état. L'expérience a montré qu'ils [les médecins] avaient tort [de me prescrire ces médicaments].

Mme X. : « **Ca fait vingt ans que je ne prends plus de médicament et je vais bien !** »

Entretien avec l'association LAVI

- En tant qu'association d'aide aux victimes d'infractions, quelle est votre approche des problèmes psychiatriques ?

« Il y a des personnes qui se font agresser par des psychopathes (personnes avec troubles psychiatriques) ; le plus souvent la plainte est classée. On ne peut rien faire. »

« On a une ou deux situations graves, la personne a fait plusieurs agressions graves et on a rien fait. »

« On conseille [aux victimes] de ne pas demander réparation, mais l'application des articles 42 et 43, que la personne soit condamnée. »

« C'est pour obtenir un meilleur contrôle [des agresseurs] et une meilleure protection des gens : Meilleur contrôle, pas tout le monde est d'accord avec moi, mais surtout une meilleure protection des gens. »

- Les critères d'hospitalisation non volontaire mentionnent la notion de danger, pour soi ou pour les autres. Etes-vous confronté à cette notion de danger ?

« Il n'y a pas de justice quand l'agresseur est « psy ». On se trouve à l'hôpital avec le nez cassé, le plus souvent sans raison, c'est difficile pour les gens. L'agresseur est jugé irresponsable. On a envie de faire justice soi même, ou de se venger. »

« Intellectuellement je comprends que les personnes fassent des actes sans être totalement responsables mais on comprend aussi les victimes. »

« Souvent les types qui agressent sont sous médicament. Ils vont mieux alors ils décident d'arrêter. Le plus difficile c'est de [leur] faire comprendre qu'ils ont une maladie chronique, qu'on ne peut pas arrêter comme cela. »

- Le droit cantonal genevois donne au patient la liberté de refuser le traitement, qu'en pensez-vous ?

« La protection des patients est poussée à l'extrême. Il y a une excellente défense des patients psychiatriques qui peut aboutir à une situation grave. **C'est un excès de liberté, une liberté mal utilisée.** »

« L'art 42 et 43 ne peuvent être donné que pour des situations graves, si vous recevez un coup de poing et que vous allez à l'hôpital avec le nez cassé ce n'est pas un délit ! »

« Dans les cas de problèmes de voisinage dans un immeuble, on peut toujours faire pression sur la régie pour faire déplacer la personne. Mais si vous habitez une villa, il ne reste qu'à partir ... ! »

« J'ai vu une ou deux situations de ce type, c'est terrible pour les gens. Et la police est impuissante. »

« **Il y a des choses assez graves pour la vie de tous les jours [des troubles qui sont difficiles à supporter pour l'entourage]. C'est le problème de la psychiatrie ambulatoire, les gens sont libres de venir.** »

« Avant d'être contraint, il faut beaucoup ... Parfois on demande la tutelle médicale mais ce n'est pas une pratique usuelle. »

- Que pensez vous du fait que les agresseurs soient jugés irresponsables ?

« **C'est insupportable pour les victimes !** L'expertise psychiatrique joue un rôle très important dans la procédure pénale. C'est insupportable pour les victimes. Les personnes qui agressent 7 ou 8 personnes âgées et qui ont une peine diminuée parce qu'elles ont eu une enfance malheureuse, c'est difficile [à comprendre pour les victimes]. »

« La victime ne peut pas donner son avis [au cours de la procédure]. En Suisse il y a beaucoup de peines avec sursis, le plus souvent 18 mois, c'est la limite. C'est difficile pour les victimes, symboliquement elles ont l'impression qu'il n'y a rien. »

- Les agressions par des personnes présentant des troubles psychiatriques sont-elles fréquentes ?

« Il y en a peu. Quand il y en a, la victime sait que la justice ne sera pas juste. »

« On voit que la personne n'est pas obligée à se soigner. Et parfois il y a déjà eu des agressions, c'est une récurrence. Alors la victime ne comprend plus. Souvent ce sont des agressions gratuites. Les gens racontent : j'étais là, par hasard, un passant m'a donné un coup... Après on se méfie de tout le monde, il y a un stress post traumatique. Si quelqu'un marche vite derrière vous, le cœur se met à battre fort, on transpire. »

- Pensez-vous que l'internement psychiatrique non volontaire devrait être fait plus facilement ou non ?

« Des internements à vie, à mon avis non... **Il faudrait surtout que les gens se soignent ! Il ne faut pas attendre la prochaine crise.** Il faut une meilleure mobilisation pour éviter la crise pour toutes les situations où les gens sont potentiellement violents et ne sont pas obligés de se soigner. »

- Souhaitez-vous qu'il y ait plus de pavillons fermés [les malades sont enfermés dans un bâtiment] ?

« C'est le problème des prisons pour les situations psychiatriques, il y a un grand projet, je ne sais pas si cela se fera. »

« Il existe des lits d'incarcération à Belle-Idée, c'est du préventif. Il n'existe pas de prison psychiatrique, pour des situations d'internement forcé. Les asiles psychiatriques n'existent plus. On peut donner une peine de prison et la suspendre au profit de soins en milieu fermé. »

« Je vous raconte un cas : Un homme a abusé d'une trentaine d'enfants, il est condamné à cinq ans suspendus au profit des soins. A l'issue il est relâché. Après six mois il récidive et est à nouveau condamné à deux ans suspendus pour des soins (c'était il y a deux mois dans les journaux). »

« On peut interner à vie, mais où placer les gens ? Il n'y a pas de barreaux à Belle-Idée. »

« La psychiatrie persiste à dire qu'elle ne peut faire ce genre de travail. Il n'y a pas de barbelés et on ne peut enfermer une personne à vie dans une chambre. Il manque une structure à caractère psychiatrique. »

- Est-ce un problème financier ?

« C'est possible, il a fallu des émeutes à Chandolon pour faire bouger les choses. Quand la prison a ouvert, elle était déjà pleine. Et il faut laisser une possibilité de sortie un jour. »

« Dans les problèmes de récidive les victimes n'y croient plus [à la justice], il faudrait les enfermer beaucoup plus longtemps pour protéger le société. »

- Etes-vous satisfait du cadre légal ?

« **Les victimes expriment que l'application des lois et des peines est beaucoup trop douce en Suisse.** Je suis d'accord avec eux. En même temps les gens sont conscients que la peine n'est pas suffisante. Pour ma part je soutiens l'obligation de soins pour la préventive et la condamnation sinon la personne ne change pas ou très peu. »

« C'est difficile car en préventif les gens sont présumés innocents, et beaucoup se disent innocents. »

« **Le gros travail serait d'éviter la prochaine crise.** »

« Si j'avais la solution je ne serais pas là ! Dans le cadre actuel de la loi, en absence de danger on est obligé de laisser partir ceux qui le désirent, et en traitement ambulatoire rien ne vous oblige à venir. **Les personnes évoluent de crise en crise jusqu'à ce qu'elles comprennent que cela vaut la peine de se soigner.** »

« **Il existe des mouvements anti-médicaments qui n'arrangent rien.** »

« C'est frustrant aussi pour les psychiatres, si la personne n'adhère pas il y a peu de résultat. De toute façon on ne guérit pas en trois jours, au mieux on stabilise on équilibre les médicaments. Cela permet de « redescendre sur terre », mais ne veut pas dire qu'on va mieux. »

- Avez-vous un mot pour conclure ?

« Notre système donne une bonne défense au patient, c'était nécessaire, mais de ce fait on n'ose plus rien faire. Il y a aussi une fuite de responsabilité collective : C'est le médecin qui prend la décision d'hospitaliser ou non, c'est le médecin qui déclare la personne irresponsable ou non. »

Entretien avec le brigadier du poste de police des Pâquis

- Nous nous intéressons aux hospitalisations involontaires en psychiatrie, êtes-vous confronté à ce problème ?

« C'est une source importante d'interventions la plupart du temps suite à une demande sur la voie publique. Une personne qui « pète les plombs » comme on dit vulgairement. La personne est amenée au poste et on demande un avis médical si la situation l'exige ou parfois plus simplement la personne est directement dirigée sur les urgences psychiatriques si son état le nécessite. »

« En absence de délit, nous n'avons rien à reprocher, c'est un problème purement médical et la personne n'a rien à faire dans les locaux de la police ; nous faisons appel à une ambulance. »

« Par contre s'il y a délit ou infraction la personne est dirigée dans nos locaux, son état général est évalué par un policier. Si le délit est sans gravité, nous appelons un médecin qui décide de la nécessité ou non d'hospitalisation ». «

« Cette procédure court-circuite le pénal et dans près de 80% des cas tout s'arrête là ».

« S'il y a eu mise en danger d'autrui, cela constitue une infraction grave. La personne passe alors obligatoirement par les locaux de la police. Cela peut aboutir à l'arrestation avec mandat d'amenée. ».

« Si nécessaire un avis psychiatrique peut être demandé et la personne amenée aux urgences psychiatriques entre deux gendarmes ».

« Si le médecin décide que la personne nécessite une hospitalisation, elle est alors dirigée vers le quartier pénitentiaire de Belle-idée, dans le cas contraire elle est internée à Chandolon ».

- A l'appel de qui intervenez-vous ?

« Nous intervenons aussi bien à la demande du citoyen qui nous signale une personne qui ne va pas bien, que d'un médecin ».

« Parfois ceux –ci ont besoin d'un coup de main pour maîtriser un patient ou simplement pour rentrer dans un appartement si la personne refuse d'ouvrir ».

« Certaines personnes sont potentiellement dangereuses et le médecin fait alors appel à nos services ; nous lui demandons alors de remplir une demande d'intervention ».

- Trouvez-vous qu'il y ait trop d'hospitalisations non volontaires ?

« Non, bien au contraire je trouve qu'il y en a très peu par rapport à ce qui est fait sur le moment ».

« Quand le danger est difficile à estimer, on laisse les gens ; de même si le médecin estime qu'il n'y a pas de risque, on libère les gens sans rien faire ».

« Parfois nous faisons appel à UMUS, le SAMU psychiatrique de Genève qui vient. C'est très bien. A Genève tout existe, c'est exceptionnel, pourtant il y a un manque de collaboration entre les différentes structures. Cela se vérifie surtout la nuit lorsque les personnes décompensent ».

« Il faudrait une solution intermédiaire entre l'hospitalisation forcée et rien. Et qui soit surtout disponible 24h / 24h. »

« Il nous faudrait une possibilité de relais rapide ».

- Etes-vous fréquemment confronté à ce genre de situations ?

« C'est épisodique, en moyenne je dirais une fois par jour sur le poste des Pâquis. Notre travail consiste à résoudre des problèmes sociaux pour 60% de notre temps. Cela nous empêche d'être disponible pour le reste et il est difficile de passer le relais ».

- Qui sont les malades ?

« Je les séparerais en deux catégories, les psychotiques profonds décompensés et les autres ».

« L'alcool et les drogues sont des problèmes surajoutés ».

« Cela touche tous les âges mais je dirais qu'il y a de plus en plus de jeunes.

« Je ne constate pas de différence sociale. Tout le monde est touché, quelque soit son origine sociale. J'ai travaillé au poste de Cologny avant d'être aux Pâquis et tous les quartiers sont soumis au problème. Toutefois la police intervient plus souvent dans les quartiers populeux, car les gens sont les uns sur les autres ».

« Vous comprenez quand quelqu'un crie à dans sa villa cela n'a pas les mêmes conséquences que dans un immeuble ... ».

- Que pensez-vous de la liberté du patient de refuser son traitement ?

« C'est normal, c'est son droit ... ».

« Il est difficile de trouver la limite entre le justifié et le non justifié, pour ce qui est du traitement obligatoire. ».

- Pensez-vous que le système soit bien fait ?

« Nous sommes confrontés au problème de l'estimation du danger. Nous sommes appelés pour des gens qui vont mal et tant que le danger n'est pas flagrant on ne peut rien faire. On attend la crise qui nous donne alors le moyen d'agir. C'est frustrant alors qu'on pourrait intervenir dès le début pour éviter les problèmes.

Il y a aussi le problème de ceux qui fuient de Belle-idée... »

« Ecoutez je vais vous raconter une histoire :

Un couple a un enfant qui présente des problèmes psychiatriques. Au divorce des parents le fils adulte part avec la mère et se fragilise. C'est un joli gaillard de 1.90m pour plus de 100 kg. Lorsqu'il se décompense, il revient à l'ancienne adresse de ses parents, une maison où vient d'emménager un jeune couple dont la femme est enceinte. Le mari est souvent parti pour son travail. La jeune femme l'a ainsi retrouvé en train de fouiller le frigo ou de dormir nu dans son lit ! Lorsqu'on l'arrête on appelle le médecin. »

« Souvent le psychiatre estime qu'il n'y a pas de danger, la jeune femme déprime. Elle se promène dans sa propre maison avec un couteau de cuisine pour se défendre. Gros problème: ce n'est pas des hospitalisations fermées, lorsqu'on l'hospitalise il fugue et revient aussitôt. »

« La loi est mal faite. Finalement il a été mis sous tutelle et interné dans le Valais après un rapport qui mettait en cause les dérives du système et l'urgence de la situation ! »

« La loi n'est pas adaptée à tous, mais le problème est supporté car il est marginal ... »

« Lorsque les gens s'échappent de Belle-idée, nous recevons un avis de recherche. Cela représente avec les autres disparitions environ 15 à 20 personnes par jour. Aucune action n'est menée. Simplement si nous trouvons une personne qui divague, alors on peut comparer son nom avec ceux de la liste ».

« Nous ne disposons pas du temps, c'est complètement irréaliste ».

« Il nous faudrait des lois adaptées. Depuis deux ans il y a possibilité de garder enfermés à vie des violeurs récidivistes. **Il faudrait avoir des dispositions plus répressives** ».

Analyse



Analyse

Nous avons bénéficié jusqu'à présent d'un enseignement clinique qui mettait au centre les émotions et les motivations du patient. La relation entre le médecin et le malade est basée sur l'empathie. Une décision de soins, d'un traitement, doit être décidée avec le patient. L'entrée dans le monde de l'hospitalisation forcée est tout d'abord une surprise. Cette relation est abolie. Le médecin peut obliger une personne à tout quitter pour se retrouver hospitalisée contre son gré ? « C'est un traumatisme formidable » nous rappelle une association de défense des patients.

Dans un premier temps nous avons cherché à comprendre quel était le cadre légal de ces hospitalisations non volontaires et qui étaient les différents intervenants amenés à intervenir. La compréhension de la prise en charge des patients psychiatriques est indispensable pour pouvoir discuter avec les professionnels, comprendre leurs attentes et parfois leurs frustrations devant des situations complexes.

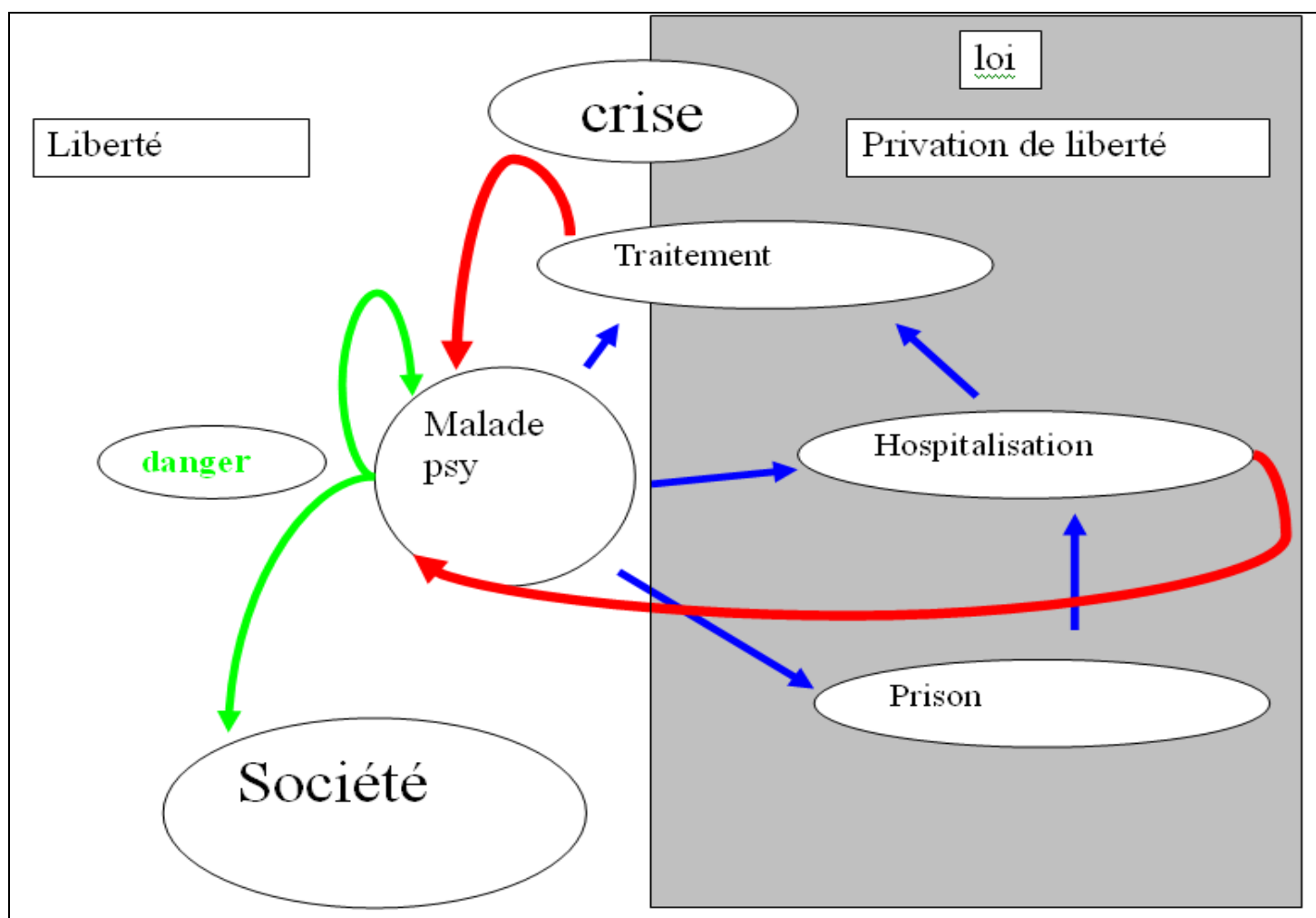
Au fil des différentes rencontres que nous avons réalisées pendant ce mois d'immersion communautaire, la question des hospitalisations non volontaires nous est apparue dans sa complexité. Les différents intervenants ont en effet des approches différentes liées à des attentes parfois radicalement opposées. Parmi celles-ci on pourrait citer :

- Les psychiatres qui sont limités par le cadre légal et les moyens mis à leur disposition.
- Les infirmiers qui souhaitent une prise en charge efficace et conforme à la médecine.
- Les associations de patients qui défendent la liberté de la personne humaine.
- La police qui doit répondre aux plaintes du citoyen et assurer la sécurité de tous.
- Les victimes d'agressions demandant une « meilleure justice ».

A travers un schéma simple nous avons représenté les différentes solutions qui se présentent au patient psychiatrique. La légitimité de l'irruption de la société dans la vie privée des gens est donnée par la notion de danger que ce soit envers soi ou envers autrui (représentée par les flèches vertes).

Dès lors en fonction des actes qui ont été effectués ou qui sont susceptibles de se produire, le patient en crise est orienté vers la prison, vers une hospitalisation ou plus simplement vers un centre de soins. Ces différentes orientations sont représentatives de solutions légales déterminées. Toutefois il est important de noter qu'elles ne sont pas étanches entre elles et que des passages existent entre la prison et les hospitalisations et entre les hospitalisations et les centres de traitement ambulatoire. Les différentes orientations sont schématisées par les flèches bleues.

Enfin se pose la question de la « réinsertion » des patients à l'issue de l'hospitalisation non volontaire. Parmi eux, nombreux sont ceux qui, une fois la crise terminée, seront à nouveau hospitalisés volontairement ou non (symbolisés par les flèches rouges)



La rencontre avec les intervenants nous a amené progressivement à faire ressortir différentes problématiques liées à la gestion de l'hospitalisation non volontaire. Nous en avons choisi deux. Nous verrons dans un premier temps la problématique de la liberté de refuser le traitement qui semble paradoxale dans le contexte de l'hospitalisation forcée. Nous verrons également si l'enfermement de patients psychiatriques n'est pas avant tout un problème de tolérance sociale. La séparation entre hospitalisation non volontaire et volontaire se pose également, ainsi que celle des critères de fin d'hospitalisation et du devenir des patients.

Paradoxe de la liberté de refuser le traitement et de l'hospitalisation forcée



Au cours des entretiens que nous avons réalisés, nous avons été frappés par l'importance et la récurrence de cette question. La liberté de refuser un traitement apparaît comme un élément de respect de la personne humaine pour les uns et comme une liberté que le patient ne peut assumer pour d'autres.

Le droit stipule que, hormis la clause de détresse avec risque vital, il y a obligation d'obtenir l'accord libre et éclairé du patient pour lui administrer un traitement. On ne peut obliger quelqu'un à se traiter que s'il est en danger vital. Il s'agit d'un droit fondamental de tout patient. Une personne hospitalisée pour un problème somatique peut à tout moment décider d'interrompre son traitement. Ce droit fondamental de tous les patients se heurte au problème spécifique que posent les patients psychiatriques. La question est alors de savoir si une personne atteinte d'un trouble psychique est réellement capable d'un jugement libre et éclairé. Les psychiatres et les infirmiers en doutent alors que les patients en sont persuadés.

Cette situation aboutit parfois à des cas limites. L'avis de L'Association des Victimes d'Infractions (L.A.V.I.) peut nous éclairer à ce sujet. Le fait de donner cet espace de liberté est ressenti par cette association comme un droit que les patients psychiatriques reconnus par la société comme irresponsables sont incapables d'assumer. « C'est un excès de liberté, une liberté mal utilisée. » Le brigadier du poste de police des Pâquis quant à lui se tient à la légalité : « C'est normal, c'est un

droit ... » dit-il. Et plus tard au cours de l'entretien : « Il est difficile de trouver la limite entre le justifié et le non justifié, pour ce qui est du traitement obligatoire ».

Pourtant de nouvelles limites semblent se dessiner avec les surcoûts engendrés par cette liberté. Les assurances et la société font pression pour limiter les frais d'hospitalisation. Une hospitalisation sans traitement est-elle une véritable thérapie ou simplement le moyen de passer la crise en attendant la prochaine ? Si le traitement pharmacologique permet de réduire la durée du traitement alors c'est important de ne pas faire peser sur la société toute entière le choix d'une personne de refuser le traitement... Nous entrons dans une logique de rentabilité.

Le coût se mesure aussi en terme de personnel de surveillance à mettre à disposition des malades. Dans la majorité des cas les infirmiers et les médecins parviennent à force de persuasion à faire comprendre au patient que c'est pour son bien. Mais cette persuasion est particulièrement chronophage.

Par opposition, revenir sur cette liberté aurait aussi un coût éthique. Obliger quelqu'un à se traiter contre sa volonté est clairement une atteinte aux libertés individuelles que notre société s'efforce de préserver.

Pour le Dr. Giardini, adjoint du responsable du département de psychiatrie gériatrique à Belle-Idée, « c'est un problème de positionnement philosophique. Jusqu'à quel point peut-on forcer quelqu'un à être dans la norme ? On peut le faire s'il est en danger ou s'il met autrui en danger, mais pour le reste... »

Des infirmiers de Belle-Idée nous ont semblé beaucoup plus fixés dans leur position : « On est trop permissif. On laisse souffrir les gens. Il faudrait remettre le savoir à sa place, c'est-à-dire au centre de la prise en charge. Il n'y a pas que le patient. On devrait pouvoir traiter les gens. » Ils vont même plus loin en disant : « Les gens n'ont pas de liberté réelle quand ils refusent. Ils sont liés par leur maladie ».

Aujourd'hui, il nous semble important de conserver ce droit de refuser un traitement. Mais la situation limite dans laquelle se trouve un patient psychiatrique mérite d'être prise en considération. C'est pourquoi, les médecins insistent sur la nécessité de prendre le temps d'expliquer au patient pourquoi il a été hospitalisé de force et pourquoi les médecins aimeraient le traiter. En général cette approche est payante et permet une prise en charge satisfaisante pour tout le monde.

Enfermement question de tolérance sociale ?



Dans notre société, la personne différente n'a que peu de place et le fou encore moins.

Notre culture judéo-chrétienne assimile la folie avec la possession par des mauvais esprits, alors que cette faculté à être en contact avec des esprits donnait au contraire à ces personnes une place dans des sociétés primitives comme celles des Indiens d'Amérique du Nord.

Notre société tend aussi à cacher toutes les personnes qui ne correspondent pas à la norme. Nous vivons dans une société efficace avec des personnes en bonne santé. Les handicapés sont peu visibles et les fous sont cachés.

La taille de la plupart de nos cités ne nous aide pas à faire une place à la personne différente. Beaucoup sont ceux qui vivent dans l'anonymat au milieu des autres et l'on attend alors de chacun que son comportement corresponde à la norme.

Ces critères influent sur la notion de danger. Une personne en crise maniaque qui dilapide tous ses biens en une journée et se met ainsi en danger ne pourrait certainement pas le faire dans un petit village.

En Italie, nous dit le Dr PIROTTA (Adjoint au responsable des urgences psychiatriques), depuis 1999 et suite à la loi 180 de mai 1978 les hôpitaux psychiatriques sont fermés. Ce n'est pas toujours simple à gérer.

Dans les cas où l'internement s'est fait suite à un délit, la personne reconnue pour ses troubles psychiatriques est considérée comme irresponsable. Pourtant Mme Shirin Hatam de l'association Pro Mente Sana nous explique qu'un conducteur schizophrène qui a tué des passants au cours d'une crise a été reconnu coupable « pour faire plaisir aux victimes... » (NB : ce jugement a été cassé devant l'instance supérieure).

De leur côté un membre de l'associations de victimes LAVI nous fait part de la frustration des victimes : intellectuellement je comprends que les personnes fassent des actes sans être totalement responsables mais on comprend aussi les victimes. On conseille [aux victimes] de ne pas demander réparation, mais l'application des articles 42 et 43 pour que la personne soit condamnée. Il n'y a pas de justice quand l'agresseur est « psy ». L'agresseur est jugé irresponsable. Alors on a envie de faire justice soi même, ou de se venger.

De manière concrète se pose la question de la responsabilité : Peut-on payer sa dette vis-à-vis de la société si on est irresponsable. Et si non que fait-on pour éviter les récidives ?

Dans le cas où les actes commis ne constituent pas un délit, l'affaire est classée : « On se trouve à l'hôpital avec le nez cassé, le plus souvent sans raison, c'est difficile pour les gens » nous dit le représentant de L.A.V.I.. Dans les cas de problèmes de voisinage dans un immeuble, on peut toujours faire pression sur la régie pour faire déplacer la personne. Mais si vous habitez une villa, il ne reste qu'à partir ... ! J'ai vu une ou deux situations de ce type, c'est terrible pour les gens. Et la police est impuissante.

Cette version est confirmée par le brigadier de police des Pâquis : « S'il y a délit ou infraction la personne est dirigée dans nos locaux, son état général est évalué par un policier. Si le délit est sans gravité, nous appelons un médecin qui décide de la nécessité ou non d'une hospitalisation. Cette procédure court-circuite le pénal et dans près de 80% des cas tout s'arrête là ».

Les patients ressentent quant à eux l'hospitalisation non volontaire comme une agression : « Il y des personnes qui dérangent la société. Ils sont amenés par la police et on les met ici (i.e. à Belle-Idée). »

Quand on demande à une patiente ce qu'il faudrait faire avec une personne en crise qui jetterait ses meubles par la fenêtre par exemple, elle répond : « Jeter des meubles par la fenêtre, est-ce si dramatique ? »

Le policier regrette que l'on ne puisse anticiper la crise :
« Nous intervenons aussi bien à la demande du citoyen qui nous signale une personne qui ne va pas bien, que d'un médecin. Nous sommes appelés pour des gens qui vont mal et tant que le danger n'est pas flagrant on ne peut rien faire. ».

Hospitalisation non volontaire vs volontaire



Dans les textes il semble simple de séparer les hospitalisations non volontaires des hospitalisations volontaires. Ces deux cas sont définis par des textes juridiques différents et le statut du patient est modifié. Pourtant la limite entre ces deux catégories n'est pas aussi simple qu'il y paraît à première vue.

Mme X. nous raconte qu'elle a fait l'objet de 3 hospitalisations en entrée non volontaire, de 8 hospitalisations en entrée volontaire mais non décidées et 1 hospitalisation volontaire et décidée.

Pour elle, il n'y a pas de choix pour ce qui est de l'hospitalisation. Soit le patient coopère et signe une demande d'admission volontaire soit il refuse mais finit par y aller de force, en entrée non volontaire.

Le Pr. Bertschy de Belle-Idée nous explique : La tendance est à l'augmentation des hospitalisations non volontaires. Sans doute parce qu'elles sont faciles à mettre en œuvre sur le plan de la procédure, peut être également parce que les hospitalisations volontaires sont plus difficiles à obtenir du fait du manque de place à Belle-Idée.

Nous lui demandons alors si c'est justifié. Il répond : « Justifié... On pourrait travailler autrement, c'est vrai sur des entrées volontaires. Notre mode de fonctionnement est lié au système légal genevois. Dans la mesure où les personnes qui font une entrée volontaire sont libres de partir à tout moment, nous préférons les hospitaliser en non volontaires pour disposer du temps nécessaire pour les prendre en charge. »

Les médecins nous expliquent également qu'une fois la crise passée et que la notion de danger disparaît, il faudrait changer l'hospitalisation involontaire en hospitalisation volontaire. Pour des raisons de temps et de lourdeurs administratives, les soignants ne le font pas.

Pour Mme Shirin Hatam de l'association Pro Mente Sana, « l'hôpital est devenu un lieu de crise. Ce n'est plus un lieu de vie, ce n'est plus un asile. Les gens qui ont les moyens financiers d'éviter Belle Idée le font. Avec une assurance privée,

dès qu'ils ne se sentent pas bien ils vont dans une clinique. Mais ceux qui n'ont pas les moyens essaient d'entrer à Belle Idée. Belle Idée ne peut pas les prendre car il n'y a plus de place, jusqu'au moment où ils entrent en crise et sont admis en entrée non volontaire. »

« C'est une brutalisation énorme, un traumatisme monstrueux pour les patients. L'hôpital n'arrive pas à accueillir les gens au moment où ils demandent de l'aide. C'est dû à un manque de places, à un manque de budget. Il n'y a pas de prise en charge au bon moment, mais je ne sais pas à qui revient la faute. »

Ce témoignage met une nouvelle fois en lumière l'importance du coût financier de la santé et de ses implications sur la santé des patients.

Pourtant tous reconnaissent que Genève est particulièrement riche en ce qui concerne les structures psychiatriques.

Devenir des patients



L'étude épidémiologique que nous avons pu réaliser grâce à l'aide du Pr. Bertschy de Belle-Idée nous montre que seulement un quart des entrées (53 sur 201) des patients du service de psychiatrie adulte sont des personnes qui sont hospitalisées pour la première fois ! Les trois quarts restants sont donc des patients qui reviennent à Belle-Idée après un ou plusieurs séjours.

Cela revient-il à dire que les patients sont relâchés une fois la crise passée et qu'ils vont probablement rechuter ? Certes certains patients sont des habitués et faussent les statistiques. Pourtant les chiffres parlent : les patients qui sortent sont loin d'être guéris.

Les médecins nous disent que la sortie du patient est organisée : « A la sortie, on donne des avis concernant la suite du traitement ou d'un suivi ambulatoire (en CTB par exemple). Ces avis sont suivis, en général. »

Du fait de la loi, il est impossible de retenir un patient qui n'est plus dangereux, et il n'y a pas d'obligation de traitement. Alors l'hôpital psychiatrique devient un lieu de gestion des crises. Les patients y sont le plus souvent hospitalisés de force mais n'y sont pas traités. On attend la fin de la crise et on relâche les patients. Ils vont mieux mais ne sont pas guéris. Lors de la prochaine crise, ils reviendront. Bien sûr il y a des possibilités énormes de suivi ambulatoire pour ces patients mais il faut que ce soit eux-mêmes qui fassent les démarches. On ne peut pas les obliger.

Une patiente témoigne :

« J'ai envie de reprendre une vie normale. On me donne les moyens pour y arriver... J'ai envie de partir, mais je serai suivie. Je suis déjà venue il y a trois semaines puis j'ai eu des problèmes. J'ai rechuté et je suis revenue mais cette fois en non volontaire. »

Quand le représentant de l'association des victimes parle des personnes en soins psychiatriques, c'est pour regretter le manque de suivi :

« Souvent les types qui agressent sont sous médicament. Ils vont mieux, alors ils décident d'arrêter [le traitement]. Le plus difficile c'est de [leur] faire comprendre qu'ils ont une maladie chronique, qu'on ne peut pas arrêter comme cela. »

Pour sa part, le chef de poste de police des Pâquis témoigne de sa frustration devant les récidivistes considérés comme irresponsables pour problème psychique : « Il nous faudrait des lois adaptées. Depuis deux ans il y a possibilité de garder enfermés à vie des violeurs récidivistes. Il faudrait avoir des dispositions plus répressives [pour ces gens là] ».

Conclusion

Ces quatre semaines d'immersion en communauté nous ont permis de nous focaliser sur un sujet précis qui nous tenait à cœur. Nous avons eu la chance de pouvoir rencontrer toutes les personnes avec qui nous voulions discuter et nous avons donc pu recueillir tous les différents points de vue quant à la problématique des hospitalisations non volontaires. En intégrant toutes ces différentes opinions, nous sommes parvenu à avoir une vision globale du problème et à nous faire ainsi notre propre opinion.

Si Genève possède le taux de psychiatres par habitants le plus élevé de Suisse, le manque de moyens financiers attribués à l'établissement hospitalier psychiatrique dénote quant à lui un déséquilibre certain entre le privé et le public. Ce fait est relevé par la plupart des personnes que nous avons rencontrées, tant du côté des psychiatres et du personnel hospitalier que de celui des patients et des associations d'aide aux patients. Nous ne sommes pas capables (et ce n'est pas notre rôle) de dire si le système genevois est bon ou mauvais, mais il est évident que tant que l'hôpital psychiatrique de Belle-Idée aura des taux d'occupation dépassant les 100%, cette situation favorisant les entrées non volontaires au dépens des admissions volontaires risque de perdurer.

Pour finir, nous voulons exprimer notre contentement d'avoir pu explorer ce thème des hospitalisations non volontaires. C'est un thème qui n'a jamais été abordé lors de nos trois années d'étude et qui représente pourtant un sujet assez unique pour le médecin. Ces quatre semaines nous ont tout simplement permis d'ouvrir les yeux sur un des innombrables aspects de la vie du médecin. En cela, elles furent très enrichissantes.

Remerciements

Nous voudrions remercier

Le Dr Bertschy, responsable du département de psychiatrie adulte de Belle-Idée pour tout ce qu'il a fait pour nous et pour sa disponibilité,

Le Dr Sartorio, vice président du CSP, pour l'entretien qu'il nous a accordé,

La Dresse Darbellay, cheffe de clinique à Belle-Idée, pour nous avoir introduit auprès des patients de son pavillon et pour l'entretien qu'elle nous a accordé,

Les infirmiers et infirmières du pavillon « les Glycines » pour nous avoir accordé une partie de leur temps déjà très chargé,

Le Professeur Andreoli, responsable des urgences psychiatriques aux HUG pour l'entretien téléphonique qu'il nous a accordé,

Le Dr Pirotta, adjoint du responsable des urgences psychiatriques aux HUG pour l'entretien qu'il nous a accordé,

Le Dr Giardini, adjoint du responsable du département de psychiatrie gériatrique à Belle-Idée pour l'entretien qu'il nous a accordé,

Le service téléphonique des ambulanciers pour l'entretien téléphonique que nous avons eu avec eux,

Les trois patients de Belle-Idée qui ont bien voulu répondre à nos questions,

Mme Shirin Hatam, conseillère juridique à Pro Mente Sana pour l'entretien qu'elle nous a accordé,

Mme T.K. et Mme X. de R.E.E.V. (Réseau d'Entraide des Entendeur de Voix) pour nous avoir fait partager leur expérience,

Un membre de l'association L.A.V.I. (Association du centre genevois de consultation pour les victimes d'infractions) pour l'entretien qu'il nous a accordé,

Le brigadier chef du poste de police des Pâquis pour nous avoir fait part de son expérience,

Le Dr. Niveau, notre tuteur lors de cette unité, pour l'aide qu'il nous a apportée.

A tous ces gens, nous adressons un grand merci pour les informations qu'ils nous ont communiquées et pour nous avoir donné leur avis sur le sujet qui nous intéresse.

Bibliographie

- « Admissions forcées dans les cliniques psychiatriques de Suisse, analyse des données complémentaires de psychiatrie 2000-2002 », *Lisanne Christen et Stephan Christen de l'Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel, novembre 2005*
- « Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across de European Union », *Hans Joachim Salize and Harald Dressing, in: British journal of psychiatry 184 (2004), pp.163-168*
- Cours intitulé « Droits des patients et capacité de discernement », *Jaques Gasser (Université de Lausanne), enseignement de psychiatrie légale, 2003-2004*
- Cours intitulé « Conseil de surveillance psychiatrique », *Dresse. Rossman-Parmentier (présidente du CSP), 2005*
- Lettre des associations ATB, Le Relais, Le REEV, Le Biceps, Psychex, L'expérience et Pro Mente Sana du 18 août 2005, « Point de vue des associations sur la réforme de la psychiatrie », *Shirin Hatam, 2005*
- « Internements forcés et coup de tonnerre » (éditorial), *jdm, in : Lettre trimestrielle n°19 du mois de mars 2003 de Pro Mente Sana, 2003*
- « Privation de liberté à des fins d'assistance ou le conte de l'hôpital et de la charité », *sh, in : Lettre trimestrielle n°19 du mois de mars 2003 de Pro Mente Sana, 2003*
- « La situation psychosociale découlant des PLAFAs (privation de liberté à des fins d'assistance) », *azj, in : Lettre trimestrielle n°19 du mois de mars 2003 de Pro Mente Sana, 2003*
- « Témoignage d'une personne atteinte d'un trouble bipolaire », *anonyme, mars 2005*
- « Comment faire pour que l'hospitalisation soit voulue et désirée ? [...] », *Clarissa Zoeller de l'association l'Expérience, décembre 2005*

Les articles 1 à 8, l'article 9, alinéas 1 et 3, les articles 10 à 14, l'article 16, alinéa 2, 5 et 6, les articles 17 et 18, les articles 20 à 36 ainsi que les articles 37 à 40 de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques (K 1 25), du 7 décembre 1979, sont abrogés.

Art. 25 Entrée en vigueur

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

Art. 26 Modifications à d'autres lois

¹ La loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (E 2 05), est modifiée comme suit :

Art. 35 A, al. 1, lettre b (nouvelle teneur)

b) de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients pour les décisions rendues en application de la loi concernant la privation de liberté à des fins d'assistance du 7 avril 2006.

* * *

² La loi de procédure civile, du 10 avril 1987 (E 3 05), est modifiée comme suit :

Art. 411, al. 2, lettre a (nouvelle teneur)

a) loi concernant la privation de liberté à des fins d'assistance, du 7 avril 2006.

Art. 419 (nouvelle teneur)

Les personnes pouvant saisir le Tribunal tutélaire d'une requête visant à mettre fin à l'hospitalisation sont définies à l'article 18 de la loi concernant la privation de liberté à des fins d'assistance, du 7 avril 2006.

Art. 420 (nouvelle teneur)

La procédure de recours est décrite à l'article 19 de la loi sur la privation de liberté à des fins d'assistance, du 7 avril 2006.

* * *

³ La loi pénale genevoise du 20 septembre 1941 (E 4 05), est modifiée comme suit :

Art. 37, al. 1 chiffre 25 (nouvelle teneur)

25° ceux qui ont contrevenu aux lois et règlements concernant les épidémies ou concernant la privation de liberté à des fins d'assistance ;

Le Conseil d'Etat est chargé de promulguer les présentes dans la forme et le terme prescrits.

