



COLLECTION
MÉDECINE
SOCIÉTÉ

Antipsychiatrie et droits des patient·es

Mouvements contestataires et crise
institutionnelle à Genève (1972-1989)

Virginie Stucki

Antipsychiatrie et droits des patient·es

Mouvements contestataires et crise
institutionnelle à Genève (1972-1989)

Virginie Stucki

Georg Editeur bénéficie d'un soutien de l'Office fédéral de la culture pour les années 2021-2025.

L'étape prépresse de cette publication a été soutenue par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS). Cette publication a également été soutenue par le Fonds des publications de l'Université de Lausanne.



FONDS NATIONAL SUISSE
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Couverture: Jennifer Freuler

Georg Editeur
Genève
www.georg.ch

Pour ses textes © l'autrice 2025

ISBN (papier): 9782825713655
ISBN (PDF): 9782825713662

DOI: 10.32551/GEORG.13662

Cet ouvrage est publié sous la licence Creative Commons CC BY-NC-ND
(Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Pas de Modification)



Antipsychiatrie et droits des patient·es

Mouvements contestataires et crise
institutionnelle à Genève (1972-1989)

Virginie Stucki

CMS / Collection Médecine Société

CMS est née en 1999, placée sous la responsabilité d'un Comité de rédaction constitué de personnalités scientifiques d'orientations multiples. Les volumes publiés proposent une réflexion pluridisciplinaire, se rapportant à l'ensemble des questions de santé et de médecine envisagées dans leur sens le plus large. L'accent est mis autant sur les implications pratiques que sur les enjeux théoriques, et sur le croisement pluriel des perspectives, qu'elles soient sociologiques, médicales, juridiques, éthiques ou historiques.

CMS se veut le témoin engagé des débats contemporains sur la maladie, la santé et leurs implications sociales, politiques, économiques ou culturelles, et s'adresse à un public comprenant tout à la fois l'ensemble des professionnel·le·s de la santé et de la médecine et tou·te·s celles et ceux qui se sentent concerné·e·s par ces enjeux.

Comité de rédaction

Anne-Françoise Allaz, Thierry Buclin, Luca Chiapperino, Raphaël Hammer, Céline Mavrot, Claude-François Robert, Béatrice Schaad

Comité de lecture du présent volume

Béatrice Schaad, Gaspard Aebischer*, Vincent Barras*

Directeur de collection

Yannis Papadaniel

* Ces membres ont quitté le comité CMS en décembre 2024.

Remerciements

Je tiens à remercier vivement toutes les personnes qui, par leur disponibilité et leur soutien, ont contribué au processus aboutissant à la publication de cet ouvrage. Un grand merci à mon directeur de thèse, Francesco Panese, pour sa confiance et ses conseils pertinents, et aux membres du jury, Rémy Amouroux, Janine Barbot, Aude Fauvel et Cristina Ferreira. Toute ma gratitude va aux personnes qui ont accepté au cours de cette recherche de me consacrer de leur temps, de partager leurs souvenirs, leurs savoirs et leurs expériences, lors d'entretiens ou d'échanges, dont Barthold Bierens de Haan, Niels de Dardel, Jacques Diézi, François Ferrero, Sylvie Haller, Rolf Himmelberger, Daniel Lines, Jean-Christophe Miéville, Raymond Panchaud, Alain Riesen, Roger Schuler et Richard Vuagniaux. Pour les discussions, leur soutien et leur aide, je remercie les personnes que j'ai côtoyées lors des séminaires de l'Institut des Humanités en Médecine (IHM-CHUV-UNIL [université de Lausanne]) ainsi que d'autres collègues de recherche en sciences sociales, en particulier Émilie Bovet, Paula Brum, Jérôme Debons, Christel Gumy, Camille Jaccard, Fabien Moll, Vincent Pidoux, Carola Togni et Marilène Vuille. Merci aussi à mes collègues de la Haute école de travail social et de la santé Lausanne ainsi qu'à Mélanie Duparc, Nina Freiburghaus, Joëlle Longchamps, Amanda Morina et Giovanna Papa. Ma reconnaissance va également aux archivistes des Archives contestataires et des Archives de l'État de Genève qui m'ont accueillie, orientée et guidée dans mes recherches, ainsi qu'au service de prêt de la Bibliothèque de Genève. Pour l'appui financier accordé dans le cadre de la politique de développement des compétences du personnel d'enseignement et de recherche des hautes écoles cantonales de type HES, je remercie le Département de la formation, de

la jeunesse et de la culture du Canton de Vaud ainsi que la Haute école de travail social et de la santé. J'exprime ma reconnaissance à Vincent Barras, directeur de la collection, pour avoir soutenu ce projet et rendu possible la publication de ce livre, ainsi que le comité de rédaction, en particulier Gaspard Aebischer pour ses suggestions et remarques, et les éditions Georg. Mes vifs remerciements vont aux institutions qui ont soutenu financièrement cette publication : le Fonds national suisse de la recherche scientifique et le Fonds des publications de l'Université de Lausanne.

Sommaire

Remerciements	5
Introduction	13
Produire une histoire d'un événement et des mobilisations antipsychiatriques	15
Comment penser et raconter cette histoire	27
Présentation de l'ouvrage	38
Chapitre 1 – Des mouvements antialiénistes à l'antipsychiatrie des années 1960-1970	47
1.1 Antialiénismes en Grande-Bretagne et en France	53
1.2 Critique antialiéniste à Genève : « l'affaire Coindet »	66
1.3 L'essor de l'antipsychiatrie des années 1960-1970	78
Chapitre 2 – Émergence des droits des « usagers » en psychiatrie : des professionnel·les en action	99
2.1 Dénoncer des internements « arbitraires »	100
2.2 Dénoncer les électrochocs et problématiser le consentement aux traitements	138
Chapitre 3 – Création de l'Adupsy : formalisation des actions militantes	155
3.1 Rassembler un collectif	159
3.2 Produire son histoire	160
3.3 Définir les problèmes	162

3.4 Débattre de la forme organisationnelle et de l'identité collective	167
3.5 Adopter une stratégie focalisée sur les droits des « usagers »	176
3.6 Initier des activités et présenter publiquement l'Adupsy	178
Chapitre 4 – Engagement de l'Adupsy et réforme de la loi genevoise de 1936	185
4.1 Diffuser une prise de position	187
4.2 Vers un discours légaliste et des propositions pragmatiques	189
4.3 Stratégies et défis parlementaires	197
4.4 La loi de 1979 au regard des propositions militant-es	203
Chapitre 5 – D'un décès à une crise de la psychiatrie institutionnelle	215
5.1 Une affaire portée par l'Adupsy et ses allié-es	222
5.2 Reconnaissance politique de la crise : ouverture d'une enquête	239
5.3 Dénonciation des traitements et recherches : appel à des mesures urgentes	246
5.4 Rapport de la Commission d'enquête sur les IUPG	260
5.5 Critique de la réforme de 1982 et nouvelle stratégie militante	274
5.6 Éclairer la crise sous l'angle politique	285
Chapitre 6 – Les « amis d'Alain » s'engagent dans l'espace pénal	289
6.1 Investir l'arène judiciaire	290
6.2 Solliciter des experts et mobiliser des savoirs spécialisés	296
6.3 Une première expertise	314
6.4 Contre-attaquer : induire une confrontation d'experts	321
6.5 Quand l'espoir renaît : lutter pour une contre-expertise	328
6.6 Mobiliser la presse : dénoncer la lenteur judiciaire	345
6.7 L'art des vaincu-es : « marquer le coup » médiatiquement et perpétuer la mémoire	347

Conclusion	353
Épilogue	363
Note de l'autrice	381
Liste des abréviations	385
Sources et bibliographie	387

En histoire, l'événement a une durée qui va bien au-delà de la simple temporalité des faits qui le constituent. Quand arrive un événement, il est chargé par des perceptions et des sensibilités qui se sont formées avant qu'il ne survienne ; l'événement ensuite a son temps propre, mais à l'intérieur de ce temps ceux qui le fabriquent ou le subissent le vivent dans un contexte temporel et historique qui contient à la fois son passé, sa généalogie, sa forme présente et aussi la vision du futur que se font ceux qui y adhèrent ou le refusent.

Arlette Farge. Penser et définir l'événement en histoire :
approche des situations et des acteurs sociaux, *Terrain*, 38, 2002.

Introduction

Le 29 juin 1980, un jeune homme âgé de 27 ans décède au cours d'une cure de sommeil à la clinique psychiatrique de Bel-Air, à Genève. Ce jeune homme, c'est Alain Urban (1953-1980), un ingénieur agronome formé à l'École polytechnique fédérale de Zurich qui depuis travaille dans un centre d'accueil pour jeunes « marginaux » à Genève, le centre Liotard. Il milite également au sein du Groupe Action Prison (GAP) de Suisse romande et participe ponctuellement aux réunions internationales ou romandes de collectifs d'alternative à la psychiatrie, rattachés au mouvement dit « antipsychiatrique ». Quelque quinze mois plus tôt, en mars 1979, Alain Urban fonde une association avec d'autres personnes usagères de la psychiatrie, des juristes et des professionnel·les¹ du champ psychiatrique (assistant·es sociaux·ales, ergothérapeutes, infirmier·ères, psychiatres), centrée sur la défense des droits des personnes usagères de la psychiatrie : l'Adupsy, Association de défense des droits des usagers de la psychiatrie. Fils d'un banquier

1 La rédaction de cet ouvrage repose sur un choix narratif : l'utilisation de l'écriture inclusive et épïcène. Bien que je ne développe pas une analyse de genre explicite, l'écriture inclusive sensible aux rapports sociaux de sexe permet de mettre en évidence qu'une part importante des personnes actrices de cette histoire, auteures ou mentionnées dans mes sources sont, de fait, des acteurs (c'est-à-dire des hommes). Ainsi lorsque j'utilise exclusivement le masculin, ce n'est pas que j'aurais dérogé au principe de l'écriture inclusive, mais au contraire, j'éclaire une réalité historique traversée par des rapports sociaux de sexe. Par exemple, j'ai utilisé la forme masculine pour décrire une prise de position médiatique de neuf directeurs d'institutions psychiatriques de Suisse romande à l'été 1980, puisque celle-ci a été le fait exclusif d'hommes (et que cette prise de position rend par ailleurs compte des inégalités de genre dans les fonctions supérieures des institutions psychiatriques de l'époque). En revanche, la forme plus inclusive (masculin-féminin) rend compte des débats de député·es commissionnaires du Grand Conseil, précisément pour éviter d'effacer et de rendre invisible la présence de femmes députées au sein des commissions lorsque j'ai constaté qu'il y en avait.

exerçant au sein d'une banque privée genevoise, Alain Urban est très apprécié par ses ami-es proches, parmi lesquelles nombre de militant-es qui l'estiment « brillant » et lui reconnaissent par ailleurs un certain charisme. Le décès d'Alain Urban constitue un événement sociohistorique, un fait tragique et traumatique, qui en tant que tel a marqué la mémoire collective locale.

Immédiatement après son décès, les ami-es de militance d'Alain Urban diffusent l'information auprès de la presse genevoise et mettent en cause le directeur de la clinique, le professeur René Tissot², chargé du traitement du jeune homme au moment de sa mort. Dans les semaines qui suivent, sous l'effet d'une médiatisation qui dépasse les frontières cantonales, l'événement du décès d'Alain Urban se mue rapidement en *affaire* et engendre une *crise* institutionnelle et politique. La crise, inédite, est profonde et majeure. À partir de l'été 1980, elle se déploie sur deux volets : l'un politique, l'autre judiciaire, partiellement liés. Sur le plan politique, le Conseil d'État, contraint par les mobilisations militantes et la pression médiatique qui gagnent en ampleur au fil des semaines, décide en septembre 1980 d'ordonner une enquête administrative sur les Institutions psychiatriques universitaires genevoises (IUPG). Cette enquête débouche sur une réforme institutionnelle, mise en œuvre dès le printemps 1982, et qui implique la révocation du directeur de la clinique de Bel-Air, René Tissot. Sur le plan judiciaire, une enquête pénale est ouverte. La procédure visant à déterminer la responsabilité de René Tissot et de l'équipe soignante dans le décès du jeune homme s'étend sur une période de plus de huit ans. Après la prescription du premier motif d'inculpation pour homicide par négligence en 1987, et suite à une requalification de l'accusation à la demande de la partie civile, le troisième juge d'instruction chargé

2 René Tissot (1927-2010), né au Locle (Neuchâtel), a étudié la médecine à l'Université de Lausanne. Puis il s'est formé en neurophysiologie, neurologie et psychiatrie à Paris, Neuchâtel, Bâle et Genève. Vice-directeur de la clinique de Bel-Air de 1971 à 1976, il en devient ensuite le directeur. Ses principaux domaines d'intérêts sont la psychiatrie biologique, la neurologie et la psychologie génétique. Proche de Jean Piaget, celui-ci préface l'un de ses ouvrages publiés en 1979 : *Introduction à la psychiatrie biologique* (Tissot, 1979). (Ferrero, 2018, 2022).

de l'affaire rend en février 1989 une ordonnance de classement sans prononcer d'inculpation. Il estime qu'il n'incombe pas à la justice de trancher dans une affaire où les expertises médicales sont contradictoires, et que les « faisceaux d'indices » juridiquement nécessaires à l'établissement d'un acte délictueux sont insuffisants.

Aujourd'hui, près de quarante ans plus tard, des témoins directs de cet événement qui précipite la psychiatrie institutionnelle à Genève dans une crise sans précédent – mais également des personnes qui de manière indirecte ont été mises en rapport avec ce fait tragique, notamment par le biais de récits d'autres personnes – se souviennent, souvent avec une émotion encore très vive, du « traumatisme » engendré. C'est que l'événement, appréhendé dans sa densité historique, déploie ses effets sur la durée et que sa mémoire, dans ce cas particulier comme dans d'autres, se trouve être entretenue au fil du temps par de multiples récits individuels ou collectifs, personnels, interpersonnels ou institutionnels.

Comme le fait remarquer très justement l'historienne Arlette Farge : « un événement s'exerce dans une assez longue durée à travers des relations sociales et politiques aux effets structurants ; de plus, il génère une mémoire » (2002, p. 9³).

Produire une histoire d'un événement et des mobilisations antipsychiatriques

Vouloir retracer et comprendre un événement dans une perspective sociohistorique, dans le cas précis le décès d'Alain Urban et la crise de la psychiatrie institutionnelle à Genève qui s'ensuit, présuppose de s'intéresser au sens que celui-ci, de par son passé, sa généalogie, charrie au moment où il survient (Farge, 2002). C'est là l'une des conditions nécessaires pour le rendre intelligible : situer

3 Je précise d'emblée que dire cela ne conduit aucunement à faire oublier que pour chacun·e – personne, collectif ou institution, et *a fortiori* pour celles et ceux qui ont vécu ce fait tragique – les récits et les enjeux investis par leurs auteurices se trouvent être différents. Gardons en conséquence dès maintenant à l'esprit que la mémoire de l'événement « détermine son sens au fur et à mesure qu'elle s'en souvient » (Farge, 2002, p. 7).

l'événement dans son contexte temporel et historique puisqu'avec lui « l'expérience est ravivée » (Ferreira *et al.*, 2021, p. 13).

Dans cette enquête, il s'agit donc de contextualiser le décès d'Alain Urban, en le réinscrivant dans la série d'actions qui le précède. Les sciences sociales, affirment l'anthropologue Alban Bensa et le sociologue Éric Fassin, « définissent l'événement par la série où il s'inscrit » (2002, p. 9). Et, précisent-ils, pour qu'émerge l'intelligibilité de celui auquel prête attention un-e chercheuse en sciences sociales :

« [I]l faut que le présent, loin de se manifester avec l'incandescence de l'instant, soit "historisé" – traversé par l'histoire [...]. L'événement, aussi incomparable soit-il, n'est pas un absolu : il doit être pensé comme une ligne de partage, ouvrant et fermant des séries à l'horizon de temporalités sociales multiples, qui ne se résument pas plus à l'épiphanie de l'instant qu'à la profondeur majestueuse de la longue durée. La pertinence de ces enchaînements temporels est définie par le fait que s'y ajoutent effectivement des situations. C'est pourquoi on ne retrouve la véritable temporalité de l'événement qu'à condition d'en parler au pluriel – la pluralité des séries où il s'inscrit, c'est-à-dire où nos disciplines l'inscrivent. [...] [L]a contribution spécifique des sciences sociales, c'est la construction des séries pertinentes, c'est-à-dire des séries dans lesquelles l'événement prend sens » (2002, p. 9).

L'objectif de la recherche présentée dans cet ouvrage est de faire le récit de l'événement de la mort d'Alain Urban et de la crise de la psychiatrie institutionnelle à Genève du début des années 1980 en les réinscrivant dans une série de discours, d'actions et de mobilisations qui leur sont antérieurs et qui les rendent intelligibles. Entrepris localement au cours des années 1970, ces discours et ces actions ont pour dénominateur commun de critiquer publiquement le dispositif psychiatrique et de faire advenir la question des droits des personnes usagères de la psychiatrie et de leur défense sur le territoire genevois. Je précise que mon enquête sociohistorique porte sur *les mobilisations et engagements critiques envers le dispositif psychiatrique genevois*, dont en particulier la clinique de Bel-Air, et non pas sur le fonctionnement quotidien et ordinaire de cet hôpital. La participation d'Alain Urban au mouvement critique des institutions psychiatriques des années 1970 permet d'éclairer – et en ce

sens de rendre intelligible – l'avènement de la crise de la psychiatrie institutionnelle du début des années 1980 à Genève.

Comme évoqué plus haut, Alain Urban, quelques mois avant son hospitalisation à la clinique de Bel-Air et son décès, a contribué à créer une association dédiée à la défense des droits des personnes usagères de la psychiatrie : l'Adupsy. De fait, la constitution de cette association – composée essentiellement d'(ex-)patient-es, de juristes et de professionnel·les de la psychiatrie – n'est rien d'autre que la formalisation, au sein d'un collectif, de critiques et mobilisations préalables portées localement par des actrices, individuellement et collectivement. Ces critiques et ces mobilisations initiales, depuis le début des années 1970, ciblent le dispositif psychiatrique, et à partir de la seconde moitié des années 1970, portent à l'attention publique la question des droits des personnes usagères de la psychiatrie. Puisant leur inspiration dans une mouvance antipsychiatrique internationale – anglo-saxonne et italienne surtout –, à laquelle ils et elles participent activement, les militant-es qui se mobilisent à cette période sur le territoire genevois sont des professionnel·les et des étudiant-es du champ psychiatrique et du domaine du droit.

Chacun de leur côté tout d'abord – les soignant-es en psychiatrie de l'un, les juristes de l'autre – les militant-es problématisent sous un angle politique leurs engagements et leurs pratiques professionnelles respectifs au sein de collectifs qu'ils et elles contribuent à créer au début des années 1970. À partir de 1976, ces professionnel·les et étudiant-es militant-es dénoncent publiquement des *cas* particuliers de tentatives d'internement, d'internements et de traitements forcés, qu'ils et elles convertissent en *affaires* par le biais de leur médiation. Les controverses et conflits sont dès lors vifs et traversent le dispositif psychiatrique, dont l'hôpital psychiatrique universitaire genevois de Bel-Air qui détient le « monopole » dans le canton (Ferrero, 2018, 2022, p. 20) puisqu'il n'existe aucun autre hôpital psychiatrique public ou privé dans le canton.

La critique du « pouvoir psychiatrique » – au singulier – et de ses différentes « formes de répression » est portée dans plusieurs

espaces sociaux : dans la ville (la rue et les maisons de quartier), dans la presse, devant la justice et au parlement cantonal. Les luttes des militant-es issu-es des soins psychiatriques ancré-es dans l'antipsychiatrie et des militant-es issu-es du droit sont menées à converger par l'investissement et la problématisation publics des questions de l'internement forcé, du droit de recours contre une telle mesure, du droit de refuser ou de consentir à un traitement ou encore du droit d'accéder à son dossier médical. En d'autres termes, je mets en évidence dans cette étude que les mobilisations précédant la création de l'Adupsy constituent les conditions mêmes de possibilité de l'émergence de cette association et de son existence.

Formalisée en mars 1979, l'Adupsy connaîtra ensuite une destinée largement perturbée et reconfigurée par le décès d'Alain Urban. Elle se délitera progressivement dans le courant des années 1980, tout en continuant, tel un fantôme, à hanter pour longtemps les mémoires individuelles et collectives. La mémoire de l'Adupsy, des mobilisations qui la précèdent, du décès d'Alain Urban et de la crise de la psychiatrie institutionnelle du début des années 1980 à Genève, exerce durablement, à travers des relations sociales et politiques, des effets structurants sur le dispositif psychiatrique, entre autres sur les relations entre associations d'(ex-)patient-es et institutions psychiatriques genevoises, comme j'ai pu le constater lorsque j'ai pris connaissance pour la première fois de quelques-uns des événements qui se situent au cœur de mon enquête.

Il y a un peu plus d'une dizaine d'années, j'ai souhaité, dans le cadre d'une recherche anthropologique, explorer les rapports, sur le terrain de la recherche biomédicale, entre une association de patient-es et des expert-es du Département de psychiatrie adulte des Hôpitaux universitaires genevois (HUG) à l'origine de la création d'un programme d'expertise et de soins spécialisés pour les personnes atteintes de troubles bipolaires.

J'entrepris dès lors d'interviewer des membres d'une association – ATB&D (Association de personnes ayant un trouble de l'humeur, bipolaire ou dépressif) – et des experts du département

de psychiatrie des Hôpitaux universitaires genevois (HUG) sur la nature de leurs relations en matière de recherche biomédicale ou neuroscientifique, et plus largement sur leur éventuelle collaboration dans la production et la circulation de savoirs psychiatriques (scientifiques, cliniques) et expérientiels. Rapidement toutefois, tant du côté de l'association que des spécialistes, on m'indiqua qu'aucune collaboration, directe ou indirecte, n'existait entre eux sur le plan de la recherche, ni du reste avec aucune autre association de patient-es. Pour m'expliquer cette absence de collaboration dans la production de savoirs scientifiques ou cliniques, les spécialistes interviewés référèrent aux rapports selon eux « très tendus » au cours de la seconde moitié des années 1970 entre la psychiatrie institutionnelle et « une partie de la société genevoise », autour « de la question de l'us et l'abus des traitements biologiques dans l'institution⁴ ». D'après eux, une certaine défiance persistait depuis localement envers les thérapeutiques et recherches biologiques en psychiatrie. Les spécialistes interrogés m'expliquèrent que le programme spécialisé qu'ils avaient mis en place quelques années plus tôt en avait d'ailleurs partiellement fait les frais lors de son officialisation au tournant des années 2000, accusé par ses opposant-es de faire la part belle aux explications et thérapeutiques neurobiologiques, et en particulier aux psychotropes. En évoquant cette période mouvementée de l'histoire locale de la psychiatrie genevoise, les personnes interviewées firent référence à plusieurs événements, particulièrement marquants selon elles : la contestation de la pratique des électrochocs et sa disparition depuis de « la scène thérapeutique locale » (Etter et Bertschy, 2008, p. 676) ; le décès lors d'une cure de sommeil d'un jeune homme cofondateur de l'Adupsy, Alain Urban, et l'existence d'une crise institutionnelle majeure au tournant des années 1980. À la fin des années 2000, la mémoire institutionnelle des événements

4 Des psychiatres évoquent parfois ces éléments dans leurs écrits. Les éléments cités ici sont tirés d'un article publié en 2008 dans la *Revue médicale suisse* par deux médecins, l'un exerçant alors au service de psychiatrie adulte des HUG, l'autre à l'Institut de médecine sociale et préventive à Genève (Etter et Bertschy, 2008). Dans cet article, les auteurs renvoient à cette histoire locale de la fin des années 1970 et du début des années 1980 et à une « tradition orale » qui entretiendrait et transmettrait au sein de l'institution de psychiatrie genevoise la mémoire de cette histoire.

était donc encore active, et j'ai alors compris qu'elle générerait encore certains effets.

La présente enquête sociohistorique couvre deux décennies (1970-1980) et reconstitue le « processus conflictuel » (Lemieux, 2007) qui a engendré la crise de la psychiatrie institutionnelle à Genève. Menée dans une perspective d'histoire politique de la psychiatrie, elle prend pour objet les discours, critiques, argumentaires, mobilisations – individuelles et collectives – et controverses qui émergent et se déploient localement à Genève, à partir du début des années 1970, tout en cherchant à les situer et à les contextualiser. Elle suit les acteurices qui – à différents moments au cours des années 1970 – s'engagent dans divers espaces sociaux (notamment au parlement genevois et dans l'arène judiciaire) à mettre en cause des rapports de force, des savoirs (sur la maladie psychique et ses traitements), des pratiques cliniques et des dispositions qui légalisent le recours à différentes formes de contrainte en psychiatrie. Comment ces discours, critiques, prises de position et mobilisations parviennent-ils (ou non) à reconfigurer localement les rapports entre acteurices, groupes et institutions psychiatriques ? Quels sont les discours et savoirs – psychiatriques, juridiques, sociopolitiques, expérientiels – mobilisés par les militant-es dans leur engagement ? Telles sont deux des questions principales explorées dans cette étude. En retraçant une série d'événements et en reconstituant ainsi le processus conflictuel qui débouche sur une crise institutionnelle de la psychiatrie à Genève et sur une enquête pénale, je mets en évidence les processus et modalités – politiques, épistémiques, juridiques et identitaires – par lesquels les militant-es engagé-es au cours de ces deux décennies sur le territoire genevois cherchent à se constituer comme porte-paroles des voix individuelles et collectives des personnes usagères de la psychiatrie et à mettre les droits des patient-es en psychiatrie à l'agenda politique des autorités locales. Finalement, ces militant-es parviennent-ils et elles ou non à faire entendre leur parole et à influencer sur le dispositif psychiatrique genevois ? Plutôt que d'y répondre d'une manière générale et définitive, je propose de retracer et d'analyser de manière fine et détaillée, à

quelles occasions, dans quels espaces sociaux (dans la presse, au parlement cantonal, dans l'arène judiciaire), en mobilisant quels types de ressources et d'outils, et à quels sujets, ils et elles parviennent ou non à faire entendre leurs revendications ou doléances⁵. Nous verrons au fil de la reconstitution du processus conflictuel que parmi les outils privilégiés par les militant-es figurent le recours aux médias et le droit comme « arme » militante (Israël, 2009). En retraçant à quelles occasions, dans quelles situations et de quelle façon ces stratégies sont mises en œuvre, je montrerai aussi quels sont dans ces situations leurs effets et parfois leurs limites.

Mobilisations collectives en psychiatrie : une revue critique

À ce jour, seul un nombre restreint de travaux en sciences sociales ont été consacrés aux mobilisations collectives en psychiatrie ou « santé mentale ». Quelques études – essentiellement menées aux États-Unis (McLean, 2010 ; Morrison, 2005) et en Grande-Bretagne (Crossley, 2006b, 2006c) – s'y sont intéressées en puisant dans des approches et outils conceptuels issus de la sociologie des mouvements sociaux. Ces recherches constituent des contributions riches et détaillées des mobilisations collectives des organismes et groupes qui en Grande-Bretagne et aux États-Unis s'engagent au nom des « malades psychiques », des « ex-patient-es », des « survivant-es de la psychiatrie », ou encore des « consommateurs-trices » ou « usagers-ères » du système de santé mentale. Elles présentent

5 L'étude que je propose ici, de par son objet et son cadrage, se rapproche de celle présentée par la sociologue Cristina Ferreira et les historien-nes Ludovic Maugé et Sandrine Maulini (2021) dans leur ouvrage *L'Homme-bus : une histoire des controverses psychiatriques (1960-1980)*. Cette recherche éclaire, elle aussi, un événement sociohistorique spécifique, celui de l'internement forcé en 1986 à l'hôpital psychiatrique de Cery à Lausanne d'un jeune homme qui se plaît à se promener dans la ville avec les modèles réduits de trolleybus qu'il fabrique lui-même. Comme le titre du livre l'indique, cette enquête situe cet événement, une *affaire*, parmi un ensemble de controverses psychiatriques qui le précède et le traverse, plus particulièrement parmi celles qui se déploient dans l'arc lémanique et en Suisse italienne dans les années 1960-1980. On trouvera dans cet ouvrage riche et passionnant une vue d'ensemble sur ces controverses que les auteurices mettent aussi en rapport, d'une part, avec les transformations législatives qui ont cours à l'échelle fédérale en matière de privation de liberté à des fins d'assistance, et d'autre part, avec les transformations que connaît la psychiatrie du nord de l'Italie sous l'influence de l'antipsychiatre Franco Basaglia, dont « le vent d'utopie » (Ferreira et al., 2021) souffle par-delà les frontières.

toutefois, de mon point de vue, une série de limites à mettre sur le compte des approches et outils conceptuels et méthodologiques mobilisés par leurs auteurices.

Dans ce qui suit, je présente d'abord brièvement quelques-uns des principaux apports de ces travaux pour ensuite en exposer les limites. J'expose dans la section suivante les perspectives pour lesquelles j'ai opté dans ce travail ainsi que les principales ressources méthodologiques et théoriques que j'ai choisi de mobiliser.

Les travaux du sociologue Nick Crossley (2006b, 2006c), des anthropologues Athena McLean (McLean, 2010) et Linda Morrison (Morrison, 2005), proposent, chacun à leur façon, des histoires des mouvements sociaux en santé mentale ainsi que des analyses de la manière dont ces derniers s'intègrent dans des changements sociaux plus larges (Crossley, 2006c). En décrivant différents modes d'engagement associatifs au sein même de ce mouvement plus large des « usagers-ères » de la psychiatrie, ces travaux contribuent à mettre en évidence la richesse et la diversité des organisations qui y participent en même temps que la variété de leurs positionnements vis-à-vis des institutions psychiatriques.

Chacun-e de ces auteurices porte également un regard socio-historique sur la dynamique relationnelle entre les différentes organisations qui participent à cet espace des mobilisations ainsi que sur les tensions qui les traversent. Crossley (2006c) montre à cet égard comment en Grande-Bretagne des groupes représentant les intérêts des familles se sont constitués, à partir du milieu des années 1980, en réaction à d'autres collectifs en santé mentale de l'époque – et en particulier au mouvement antipsychiatrique –, afin de critiquer le libéralisme et le radicalisme en psychiatrie et revendiquer des diagnostics et traitements plus précoces. En portant attention aux différentes « cultures de la protestation » (2006b), cet auteur met également en évidence des styles de contestation et des « tonalités émotionnelles » très différentes parmi les organisations de patient-es en santé mentale⁶. Pourtant, ces recherches (Crossley,

6 Pour exemple, les organisations qui à la fin des années 1990 au Royaume-Uni revendiquent de parler directement au nom de celles et de ceux qui ont subi des interventions

2006b, 2006c ; McLean, 2010 ; Morrison, 2005) présentent aussi une série de limites, essentiellement liées aux concepts de « mouvement » et « contre-mouvement » employés par ces auteurices pour appréhender les mobilisations en santé mentale ainsi qu'à celui de « champ » auquel Crossley (2006b, 2006c) recourt également.

Premièrement, dans ces différents travaux, les organismes et collectifs sont présentés comme contestant une psychiatrie conçue de manière relativement monolithique. Il y aurait ainsi d'un côté des (ex-)patient-es qui produisent des discours et s'engagent dans des actions collectives en grande majorité contestataires – phénomène faisant l'objet des enquêtes – et de l'autre, les institutions psychiatriques et les professionnel·les de la psychiatrie (« la psychiatrie »). Dans l'étude de Crossley (2006b, 2006c) par exemple, « la psychiatrie » est un objet de discours en même temps que la cible des actions des organisations militantes, mais elle n'est jamais étudiée en tant que telle. Ce sociologue n'analyse ainsi pas comment certain·es professionnel·les de la santé mentale sont engagés – que ce soit de leur propre initiative ou parce que, bien malgré eux ou elles, ils et elles se trouvent être pris·es à parti – dans des critiques adressées collectivement aux expert·es et institutions psychiatriques, ni comment ces derniers·ères intègrent ou résistent à ces critiques⁷. Autrement dit, la dynamique relationnelle – en l'occurrence conflictuelle – entre acteurices, collectifs d'(ex-)patient-es et

psychiatriques développent un style contestataire plus excentrique et moins mesuré que celles qui les ont précédées, qui pour leur part craignaient que toute manifestation d'« excitation » puisse être interprétée comme un signe psychopathologique (Crossley, 2006b). En organisant des festivals « de la fierté » – des *Mad Pride* – les organisations de la fin des années 1990 se réapproprient, dans une logique de retournement du stigmate, des termes autrefois avilissants (« fou », « cinglé », « dingue ») pour célébrer publiquement la folie comme une expérience et une différence dont on peut s'affirmer être fier.

7 Certes, Crossley (2006b, 2006c) relève dans ses travaux que le nombre des professionnel·les qui s'engagent dans des organisations de patient-es à partir des années 1970 tend à diminuer au fil du temps. Il ne propose toutefois aucune description du profil ou des trajectoires de ces professionnel·les ni ne livre aucune analyse des raisons de leur diminution au sein de ces organisations. Dans l'étude de Morrison (2005), seuls les juristes et psychiatres s'engageant dans les collectifs de patient-es des années 1970-1980 font l'objet d'une certaine attention ; ces derniers·ères étant considéré·es comme des « dissident·es ».

institutions psychiatriques n'est pas, ou très peu, prise en compte. Dans les travaux de Crossley (2006b, 2006c), le recours à la notion même de « champ de la contestation psychiatrique » (2006b) pour appréhender les mobilisations associatives en santé mentale et circonscrire en même temps les limites empiriques de l'étude conduit inmanquablement à établir *a priori* une frontière entre les mobilisations collectives d'un côté, et les professionnel·les de la psychiatrie de l'autre, et à situer ces professionnel·les en quelque sorte « hors champ » d'analyse. La dynamique des rapprochements et des lignes de fracture, entre et à l'intérieur de différents groupes d'acteurices, n'est de ce fait pas étudiée. Finalement, dans ces travaux, c'est toute la diversité des conceptions de la maladie mentale, de ses traitements et des recherches à effectuer – pourtant caractéristique du domaine la psychiatrie – qui s'en trouve réduite⁸.

Deuxièmement, ces travaux ne rendent pas véritablement compte de la manière dont les membres de ces collectifs prennent eux-mêmes appui sur des travaux de sciences sociales consacrés à la psychiatrie pour s'engager dans un travail critique contestataire. Les thèses foucaaldiennes sur le pouvoir de la psychiatrie et sa fonction de contrôle social influencent nettement les travaux de Linda Morrison (2005) et de Nick Crossley (2006b, 2006c). Ces auteurices expliquent dans l'introduction de leur ouvrage respectif que c'est à partir de ces conceptions-là qu'il et elle en sont venus à s'intéresser aux « formes de résistance » au pouvoir psychiatrique, soit aux discours et aux actions des collectifs qui se mobilisent au nom de celles et ceux qui ont fait l'expérience d'interventions psychiatriques. Morrison (2005, p. 20) cite en outre Foucault lorsque celui-ci affirme que c'est par le biais du « savoir des gens » que la critique effectue son travail.

8 À noter que d'autres travaux, hors du champ spécifique de l'étude des mobilisations ou mouvements sociaux en santé mentale proposent des analyses très fines et différenciées des rapports entre patient-es et professionnel·les, s'agissant des usages de la contrainte au sein des structures psychiatriques hospitalières et extrahospitalières, mettant en lumière la complexité et la diversité des conceptions et pratiques en psychiatrie. Parmi ces travaux, on peut citer notamment (Marques, 2018 ; Moreau, 2015, 2017 ; Velpry, 2008, 2016, 2019).

Pourtant, comme l'ont fait remarquer les sociologues Nicolas Dodier et Vololona Rabeharisoa (2006), la première vague de travaux en sciences sociales qui se sont attachés à montrer la dimension politique de la psychiatrie et à en faire la critique ont donné lieu à un « discours des forces sociales », adressé par des militant·es à la psychiatrie. Ce discours, font remarquer ces auteurices (Dodier et Rabeharisoa, 2006, p. 14), a fortement influencé la génération des organisations militantes qui contestent la psychiatrie en Grande-Bretagne et aux États-Unis dans les années 1970. Un élément dont les travaux évoqués ici ne rendent pas compte est la manière dont les collectifs eux-mêmes prennent appui sur ce « discours des forces » pour s'engager dans un travail critique vis-à-vis de la psychiatrie. Pour aboutir à une véritable analyse de ces mouvements critiques en santé mentale, il faut par conséquent comprendre la lecture et la mobilisation des travaux de la première vague (les travaux de Michel Foucault [1976], d'Erving Goffman [1968] ou de Robert Castel [1973, 1976]) comme une ressource et un élément de la dynamique des mobilisations et des relations entre organisations militantes et institutions psychiatriques et non pas comme la représentation de cette réalité ; cette dynamique restant peu étudiée à ce jour.

Si l'on suit le cheminement intellectuel présenté par Crossley (2006c) et Morrison (2005), il apparaît que ces deux chercheur·es entreprennent le même cheminement que celui effectué par certain·es professionnel·les de la psychiatrie lorsqu'ils et elles ont décidé de s'engager dans la contestation de la psychiatrie, en particulier lorsqu'il s'agit de faire la promotion de la parole des (ex-) patient·es et en développant des stratégies relevant d'une conception du témoignage comme une pratique politique (Cresswell, 2005).

De manière plus générale, ces chercheur·es prêtent peu attention à la production, à l'articulation et à la mobilisation de savoirs experts et profanes dans le travail critique qu'entreprennent les différentes organisations au nom de celles et ceux qui ont fait l'expérience d'interventions psychiatriques. Or, ces savoirs constituent une ressource politique essentielle dans l'engagement individuel et collectif des membres de ces organisations. Ils sont à la fois des

motifs d'action et des ressources investies dans les mobilisations. Ils cadrent les mobilisations, au sens où ils participent à la constitution des motifs d'action et à la définition des enjeux des luttes, et sont directement utilisés dans l'action collective.

Finalement, l'analyse en termes de mouvement et contre-mouvement proposée dans ces études (Crossley, 2006c ; McLean, 2010 ; Morrison, 2005) a tendance à réduire les mobilisations à celles des collectifs contestataires et à limiter la palette des positionnements associatifs à une alternative du type : résister/contester/s'opposer *versus* céder/consommer/collaborer. Dans cette logique binaire étroite, les mobilisations en santé mentale sont étiquetées de « mouvement » lorsqu'elles sont contestataires et de « contre-mouvement » dans les autres cas⁹. Ainsi, l'engagement des organisations plus récentes structurées autour de catégories diagnostiques est qualifié de « conservateur » ou de (plus) « traditionnel » (McLean, 2010 ; Morrison, 2005) et se trouve rangé dans la catégorie des « contre-mouvements ». En bref, ces associations seraient au moins tendanciellement « conservatrices » ; au pire elles « céderaient » face aux pouvoirs biomédicaux et psychopharmacologiques.

Or, au vu des mutations qui ont traversé ces dernières décennies les institutions de la médecine et de la santé, y compris les rapports entre expert·es et profanes, il est légitime de douter que le développement de telles configurations associatives ne soit que la simple résurgence d'une « tradition » et d'un mode d'engagement de délégation et de soumission aux expert·es.

Deux implications méthodologiques générales se dégagent des remarques qui précèdent. Premièrement, il paraît opportun de déplacer le regard de l'étude des mouvements en santé pour eux-mêmes, à l'étude de la dynamique relationnelle entre actrices, collectifs d'(ex-)patient·es et mouvements en santé mentale, et institutions psychiatriques. Autrement dit, il s'agit d'élargir la perspective pour analyser les dynamiques de rapprochements et de marquage de

9 Bien sûr, la plupart des études précisent qu'il s'agit en réalité plutôt d'un continuum. Reste que la logique proposée est de type binaire.

frontières qu'opèrent les collectifs en santé mentale entre eux, mais aussi vis-à-vis des institutions psychiatriques, et comment ces dernières, prises à partie, sont amenées à participer à cette dynamique critique. Deuxièmement, si on veut réellement comprendre cette dynamique, on ne peut faire l'impasse sur l'analyse des modalités par lesquelles les actrices, individuel·les et collectif·ves, mobilisent des savoirs – y compris des travaux de sciences sociales – dans leur engagement et travail critique des institutions psychiatriques.

Avant de présenter de quelles façons j'ai tenu compte de ces implications dans l'élaboration de ma perspective d'enquête, il est utile de mentionner encore une série de travaux de sciences sociales pertinents consacrés aux institutions psychiatriques et aux structures ou unités de soins extrahospitalières, cela afin de mieux situer mon enquête.

Parmi ces recherches, certaines proposent des histoires sociales des pratiques institutionnelles psychiatriques (Majerus, 2013) ou des analyses des régulations contemporaines de la contrainte et de ses usages. À titre d'exemple les travaux du Collectif Contrast, codirigé par les sociologues Benoît Eyraud et Livia Velpry (Collectif Contrast, 2015 ; Velpry *et al.*, 2018), dont les études ethnographiques de cette dernière (Velpry, 2008, 2016, 2019) s'inscrivent dans une démarche d'analyse micro des relations entre actrices impliquées dans des établissements ou unités de soins du réseau sociosanitaire en France. Toutefois, leur objet étant les modalités de régulation et d'utilisation – y compris informelle – de la contrainte, les savoirs et collectifs militants impliqués dans la contestation des institutions et leurs pratiques contraignantes ne sont pas directement étudiés.

Comment penser et raconter cette histoire

Mon enquête appréhende et décrit un « processus conflictuel » (Lemieux, 2007), ponctué par des controverses, lequel inclut une crise de la psychiatrie institutionnelle à Genève. Pour aborder cette crise et retracer les séries d'actions critiques et de mobilisations en

faveur des droits des personnes usagères de la psychiatrie qui lui sont antérieurs, y compris la constitution du collectif de l'Adupsy, je me suis inspirée des travaux de sciences sociales réalisés dans une perspective d'études sociales des sciences et ai initialement pris appui sur plusieurs notions.

Une première notion, utile à la fois pour penser et envisager la façon d'aborder les actions critiques et la reconfiguration des rapports entre actrices, groupes et institutions psychiatriques, est celle de « travail politique des acteurs » proposée par le sociologue Nicolas Dodier. Cette notion invite à étudier le « travail déployé par les acteurs pour établir ou critiquer la légitimité des pouvoirs » (Dodier, 2003, p. 19). Elle offre un double avantage : elle invite, d'une part, à diriger l'attention du ou de la chercheuse sur les activités concrètes des actrices et sur les manières par lesquelles le travail critique s'opère ; elle renvoie, d'autre part, à une conception non pas monolithique, mais plurielle des pouvoirs. Pour Dodier :

« le spectre des interrogations couvert par la notion de travail politique ne se réduit [...] pas à la question du pouvoir au singulier (« le pouvoir médical » ou le « pouvoir politique »). Il concerne l'agencement légitime des pouvoirs au pluriel. Si nous nous contentions de poser la question au singulier, nous resterions tributaires d'une économie très spécifique des pouvoirs, celle qui tend justement à concentrer ceux-ci en un lieu » (Dodier, 2003, p. 21).

En intégrant une conception plurielle des pouvoirs, je prends une certaine distance vis-à-vis du discours des militant-es des années 1970, dont les actrices de l'Adupsy qui, dans leur engagement critique, tendent – nous le verrons – à en adopter une conception monolithique (« le pouvoir psychiatrique »). J'ai surtout choisi d'analyser plutôt comment, au cours des années 1970 à Genève, les pouvoirs sont distribués entre différents actrices, groupes d'actrices et institutions psychiatriques et comment les actrices individuel·les et collectif·ves engagé·es dans un travail critique tentent d'agir sur cette distribution.

La notion de travail politique comporte en outre une dimension épistémique importante : « les pouvoirs conférés aux instances dépendent en effet largement des savoirs dont on les crédite » (Dodier, 2003, p. 23). Vouloir étudier le travail politique m'amène donc à porter attention « aux différentes formes de connaissance susceptibles d'être mobilisées [...] et aux rapports susceptibles d'être établis entre elles » (Dodier, 2003, p. 23). Cette notion invite à s'interroger plus spécifiquement sur les types de savoirs (expérientiels, cliniques, scientifiques, juridiques, etc.) produits et mobilisés, les activités liées à ces savoirs et à la légitimité qu'elles permettent de contester ou d'acquérir.

L'un des objectifs de cette recherche est de décrire les processus de transformation – ou de « reconfiguration » – du « dispositif psychiatrique » ou de la « configuration de la santé mentale » genevoise, au cours des années 1970-1980, cela en suivant le travail politique des actrices qui y prennent part. Jusqu'ici, j'ai utilisé les expressions de « dispositif psychiatrique » ou de « configuration de la santé mentale » comme si elles allaient de soi. Il est temps d'explicitier ce que j'entends par ces expressions, utilisées comme synonymes par la suite dans cet ouvrage.

Par « configuration de la santé mentale » (ou « dispositif psychiatrique »), j'entends un arrangement hétérogène, fait de discours, d'êtres humains, d'institutions, de collectifs et mouvements de la santé, d'objets, de lois, règlements ou mesures administratives, d'énoncés scientifiques, de propositions morales ou philanthropiques, qui « mettent en forme l'action » (Callon et Ferrary, 2006, p. 44¹⁰). Aussi, la configuration de la santé mentale, c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments en suivant les liens qui sont construits et reconstruits entre eux au fil des actions et du temps.

L'un des intérêts de cette notion de configuration – directement inspirée de celle de réseau (sociotechnique) développée dans le

10 À noter que la notion de configuration telle que proposé ici est inspirée des travaux de Foucault (Foucault, 1994, p. 299). Je précise en outre que la liste des éléments énoncés ici n'est pas exhaustive, les éléments intervenant dans une configuration dépendant de l'assemblage étudié à un moment donné et pouvant évoluer au fil du temps et des transformations de cet assemblage.

cadre des *sciences studies* et de la *théorie de l'acteur réseau* (Callon et Ferrary, 2006) – est l'éclairage original qu'elle apporte sur la notion de pouvoir. Elle permet de comprendre comment les forces se composent et se recomposent en fonction des connexions qui s'établissent entre des éléments, et comment des actrices jusque-là isolé-es et sans force peuvent, par association, devenir un « lieu de pouvoir » (Callon et Ferrary, 2006, p. 37). Elle offre donc une conception dynamique de l'économie des forces sociales :

« Il n'y a pas de point qui soit faible ou fort par nature, qui dispose ou non de ressource, mais il y a simplement des assemblages, des arrangements, des constructions, des configurations qui font qu'un point devient fort ou devient faible. Le pouvoir n'existe qu'en étant exercé, mis à l'épreuve : les associations tiendront-elles ou se déferont-elles ? [...] Les notions de force et de pouvoir sont ainsi définies de manière dynamique en termes de liens, de topologie, de connexions et finalement de formes » (Callon et Ferrary, 2006, p. 37-38).

L'un des apports de la théorie de l'acteur-réseau sur laquelle je prends ici appui est de mettre en évidence l'hétérogénéité des actrices, faits non seulement d'humains, mais aussi de non-humains : d'éléments matériels, de formes d'organisations, d'activités, de règlements et procédures, qui permettent d'établir des connexions, des associations.

Dans ce travail, je pars de l'idée, étayée d'un certain nombre d'indices et de sources, qu'un certain type de discours, en particulier celui « des forces sociales » (Dodier et Rabearisoa, 2006) évoqué plus haut, joue un rôle essentiel dans la configuration de la santé mentale des années 1970 à Genève, et, partant dans la recomposition des pouvoirs qui se manifeste durant cette période. Plus spécifiquement, j'explore une piste d'analyse : la mobilisation et la diffusion locale de ce discours par le biais d'actions permettent de comprendre comment les militant-es du début des années 1970, puis de l'Adupsy parviennent à se constituer – au moins temporairement, et souvent de manière fragile – comme des « lieux » de pouvoir au sein de cette configuration qui ne peuvent simplement être ignorés par les autres actrices de cette configuration interpellé-es et pris-es

à partie (parlement cantonal et institutions psychiatriques). Par conséquent, c'est en suivant la composition et recomposition des réseaux que je cherche à rendre compte de ces mouvements de reconfiguration des rapports entre actrices, groupes et mouvements et institutions.

Le corpus de sources

Mener à bien cette étude a nécessité de réunir un corpus de sources primaires varié et relativement étendu. Les sources principalement mobilisées dans cette recherche sont issues de fonds d'archives conservés aux Archives contestataires¹¹. Plusieurs fonds ont été exploités afin de retracer la genèse de collectifs formels et informels qui dès le début des années 1970 formulent des critiques et entreprennent des actions qui prennent pour cible le dispositif psychiatrique genevois, et qui, à partir du milieu des années 1970, problématisent localement la question des droits et intérêts des personnes usagères de la psychiatrie.

Le fond Riesen-Schuler, du nom de deux ergothérapeutes (Alain Riesen et Roger Schuler) qui ont travaillé à la clinique de Bel-Air, a participé en 1972 aux réunions du *Comité Santé* – un premier collectif critique tout juste constitué –, puis contribué en 1976 à créer le Réseau romand d'alternative à la psychiatrie, et enfin à la fondation en 1979 de l'Adupsy, a constitué le point de départ de cette enquête. D'autres fonds conservés aux Archives contestataires contenant des documents relatifs à l'antipsychiatrie m'ont permis de compléter l'analyse des idées, des actions, des revendications et du fonctionnement des collectifs engagés dans la critique du dispositif

11 L'association Archives contestataires a été fondée en 2007. Depuis, elle collecte, décrit et valorise des archives issues de nombreux mouvements sociaux de la deuxième moitié du XX^e siècle (contre-culture, antimilitarisme, droits des patient-es, lutte contre le nucléaire, luttes sociales, contre-information, anti-impérialisme, luttes étudiantes, etc.). Les archives, dont les locaux sont situés à Genève, sont collectées auprès de militant-es ou de groupes existants. Pour plus d'informations, voir : www.archivescontestataires.ch/.

psychiatrique genevois ainsi que dans la défense des droits et intérêts des personnes usagères de la psychiatrie¹².

L'ensemble de ces fonds contiennent des ressources documentaires, extrêmement riches et variées, tant dans leur nature que dans leurs contenus. Sans prétendre à l'exhaustivité, mais dans l'intention de donner un aperçu du matériau archivistique duquel cette enquête tire sa principale source, il est utile de mentionner l'existence de : circulaires et documents internes, prises de position, argumentaires, projets associatifs, statuts, correspondances, procès-verbaux de réunions et d'assemblées générales, journaux ou bulletins associatifs, rapports annuels, textes de pétitions, communiqués, coupures et articles de presse, revues de littérature scientifique et tirés à part d'articles, notes manuscrites de réunions associatives ou institutionnelles, chronologies, tracts, affiches, autocollants, photos, caricatures, projets et textes de lois et de règlements.

Pour saisir avec finesse et de façon détaillée les engagements, mobilisations et actions entrepris du début des années 1970 à la fin des années 1980, j'ai choisi de mener des entretiens avec des témoins historiques. J'ai ainsi interviewé six militants de l'Adupsy et réalisé avec eux huit entretiens¹³. Ces derniers ont également eu pour objectif de retracer des trajectoires militantes et professionnelles afin d'analyser et de rendre compte des motifs et des « formes d'engagement », notion entendue ici au sens proposé par la sociologue Janine Barbot (2001, 2002), de bases cognitives et normatives des mobilisations. Porter attention aux trajectoires militantes et professionnelles invite en outre à analyser les modalités d'hybridation entre activités militantes et professionnelles, car il existe, comme le suggèrent les sociologues Florent Champy et Liora Israël, des « formes d'hybridation, sociales, pratiques, intellectuelles, qui se

12 Il s'agit des fonds de Rolf Himmelberger et de June Howells Spalding – deux membres très investies dans l'Adupsy –, et dans une moindre mesure, le fonds Jacques Siron, lequel comprend des documents produits par des collectifs critiques en médecine et en travail social.

13 Deux personnes ont été interviewées à deux reprises. Pour plus de détails, voir la rubrique « Sources orales » de la section « Sources et bibliographie » à la fin de l'ouvrage.

nouent dans l'action même, notamment entre pratiques militantes et activités professionnelles des personnes qui s'engagent » (2009, p. 8).

Cinq des six militants de l'Adupsy interviewés dans cette recherche sont de jeunes professionnels de la santé ou du droit lorsqu'ils choisissent au début des années 1970 de s'engager dans la critique des institutions psychiatriques et la défense des droits des personnes « psychiatisées », pour reprendre un terme employé par les militant·es de l'époque : deux sont ergothérapeutes (un est encore étudiant) ; deux sont psychiatres (l'un est étudiant en médecine, tandis que l'autre est en début de carrière lorsqu'il rejoint le mouvement au début de la seconde moitié des années 1970) ; et un est juriste (en début de carrière aussi). Ces entretiens m'ont permis d'obtenir des informations précieuses pour analyser et rendre compte de l'environnement cognitif, social et politique qui façonne leur engagement dans une critique du dispositif psychiatrique genevois ainsi que pour décrire comment ceux-ci mobilisent des savoirs professionnels dans leurs actions.

Lors de ces entretiens, j'ai également eu la chance de me voir confier par le médecin-psychiatre Barthold Bierens de Haan ses archives personnelles. Ce médecin au parcours atypique, comme nous le verrons, est l'une des figures centrales du mouvement anti-psychiatrique à Genève et en Suisse romande¹⁴. Il rejoint le Réseau romand d'alternative à la psychiatrie lors de sa création en 1976, participe à la création de l'Adupsy en mars 1979 et poursuit son engagement au-delà du décès d'Alain Urban et de la crise de la psychiatrie institutionnelle du début des années 1980 à Genève puisqu'il s'investit au côté de la partie civile dans l'enquête pénale jusqu'en 1989. Ces archives, en plus de divers documents relatifs aux mobilisations et controverses de la seconde moitié des années 1970 et aux activités de l'Adupsy, comprennent une documentation liée aux actions qui ont suivi le décès d'Alain Urban ainsi que des pièces inédites relatives à la procédure pénale (rapport d'expertises psychiatriques, correspondances, ordonnance judiciaire, etc.).

14 On retrouve ainsi cet acteur, tout comme d'ailleurs la plupart de celles et ceux mentionné·es dans ce travail, dans l'ouvrage mentionné plus haut de Cristina Ferreira, Ludovic Maugé et Sandrine Maulini (2021), consacré aux controverses psychiatriques des années 1960-1980 en Suisse romande.

Tout au long des années 1970 et 1980, les militant-es antipsychiatriques ont cherché à attirer l'attention de la presse genevoise et à mobiliser l'opinion publique, notamment par le biais de communiqués et conférences de presse. Pour retracer, comprendre et évaluer l'effet de ces stratégies de médiatisation, ainsi que pour en extraire des informations utiles pour construire l'histoire des critiques et mobilisations militantes, j'ai choisi d'exploiter les archives des principaux journaux locaux qui s'en sont fait l'écho : le *Journal de Genève*, la *Tribune de Genève*, l'hebdomadaire *Tout va bien* ainsi que *La Suisse* et *Le Courrier*. Les archives du *Journal de Genève*, entièrement numérisées, sont disponibles sur le site internet du quotidien *Le Temps*¹⁵. Le moteur de recherche mis à disposition a rendu la recherche d'autant plus aisée. La *Tribune de Genève*, *La Suisse* et *Le Courrier* ne disposent pour l'instant pas encore d'archives numérisées¹⁶, raison pour laquelle j'ai consulté de manière ciblée les numéros correspondants de ces journaux conservés à la Bibliothèque de Genève (BGE). *Tout va bien* est un journal militant de la gauche libertaire (Porret, 2004), dont l'existence est concomitante de la diffusion et de la réception du discours antipsychiatrique en Suisse romande, lui-même en étant un opérateur¹⁷. Créé en 1972 à Genève, il disparaît en 1983 (Porret, 2004). Ses archives ont été consultées aux Archives contestataires.

En outre, lorsque au fur et à mesure de mon enquête cela s'est avéré utile et pertinent, j'ai également exploité, ponctuellement, des articles d'autres quotidiens lémaniques (par exemple *24 Heures* ou *L'Hebdo*), dont les pages sont accessibles en ligne sur la plateforme *Scriptorium*, créée par la Bibliothèque cantonale et universitaire de Lausanne¹⁸.

15 www.letempsarchives.ch.

16 Un projet de numérisation intégrale des numéros de ces trois journaux est en cours sous la responsabilité de la Bibliothèque de Genève (BGE) et devrait aboutir en 2025.

17 D'après les travaux menés par l'historien Niels Rebetez, c'est essentiellement entre 1971 et 1983 que l'antipsychiatrie est thématifiée dans la presse quotidienne et militante de l'Arc lémanique (Rebetez, 2015).

18 Scriptorium.bcu-lausanne.ch.

J'ai également rassemblé et procédé à l'analyse de documents produits par les député·es du parlement genevois et par le Conseil d'État, afin de retracer les mobilisations des militant·es dans cette arène politique et d'évaluer leurs effets.

Dès la seconde moitié des années 1970, les militant·es se mobilisent pour dénoncer publiquement les mesures d'internement psychiatrique et le caractère répressif et obsolète de la loi cantonale en vigueur (la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales du 14 mars 1936) dans l'objectif d'intervenir au sein du parlement. À différents moments, et jusque dans les années 1980, les militant·es cherchent, essentiellement par voie de pétitions, à susciter et à prendre part aux débats du Grand Conseil genevois sur cette loi, sa révision et plus généralement sur les droits des patient·es en psychiatrie. Pour retracer les actions menées dans cette espace, les débats suscités, et les décisions législatives des parlementaires et du Conseil d'État, j'ai consulté deux fonds conservés aux Archives d'État de Genève (AEG¹⁹) ainsi que le Mémorial du Grand Conseil²⁰.

Finalement, le rapport de la commission d'enquête administrative sur les IUPG, publié en octobre 1981 dans le Mémorial du Grand Conseil, a constitué une ressource importante dans la construction de l'histoire de cette crise des institutions psychiatriques genevoises du début des années 1980.

19 Le premier fonds contient les archives de la commission des pétitions du Grand Conseil relatives à une pétition déposée par les militant·es en mai 1976 (AEG, 1988va007.2). Outre les documents produits par cette commission (courriers, procès-verbaux [ci-après PV], rapport final sur cette pétition) et par le Conseil d'État (rapport destiné au Grand Conseil), ce fonds comprend la documentation transmise par les représentants des pétitionnaires lors de leur audition du 28 février 1977 (communiqués de presse de collectifs mobilisés, coupures de presse, tract, notes, schémas sur les différentes procédures d'hospitalisation et argumentaires critiques sur l'internement administratif psychiatrique et la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales [K 1 12] du 14 mars 1936 et son application). Le second fonds consulté contient les archives d'une commission *ad hoc* du parlement cantonal, chargée d'examiner deux projets de loi de révision de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales du 14 mars 1936, déposés en 1977 (AEG, 1988va007.1).

20 Le Mémorial, consultable à la Bibliothèque de Genève ou aux Archives d'État, rend accessible, dans leur intégralité, les débats menés au Grand Conseil genevois.

Au cours de mon enquête, j'ai eu l'opportunité d'interviewer Rolf Himmelberger, ancien membre de l'Adupsy, militant pour le droit des malades et auteur d'un site internet qui offre un accès libre à une part importante de la législation et des débats parlementaires genevois des années 1970-1980 relatifs à la psychiatrie²¹ ; une source à laquelle j'ai puisé librement lorsqu'il s'est agi de compléter des informations.

Comme indiqué plus haut, à la suite du décès d'Alain Urban en juin 1980, outre une enquête administrative, une procédure pénale est ouverte. Plusieurs actrices ont joué un rôle essentiel au côté de la partie civile dans cette procédure. Il s'agit notamment de la compagne d'Alain Urban, Sylvie Haller, qui s'est constituée partie civile, d'un ami qui a connu le jeune homme avant même son engagement dans l'Adupsy, Daniel Lines, de deux experts – l'un psychiatre, directeur d'une institution psychiatrique de Suisse romande et aujourd'hui décédé, l'autre, professeur émérite de pharmacologie et de toxicologie à l'Université de Lausanne –, et finalement de plusieurs de ses ami-es militant-es de l'Adupsy. Pour mieux saisir les rôles joués par les experts dans cette procédure pénale, pour questionner les motifs de leur engagement professionnel au côté de la partie civile, j'ai interviewé le professeur émérite de pharmacologie et toxicologie, Jacques Diézi ainsi que le fils du psychiatre Claude Miéville, le second expert de la partie civile, comme deux de ses anciens proches collaborateurs (un psychiatre et un infirmier). Les informations obtenues lors de ces entretiens, croisées aux sources d'archives documentaires, ont aussi été utiles pour nourrir l'analyse des savoirs et compétences mobilisés par ces experts lors de leurs activités en faveur de cette procédure.

Les entretiens réalisés avec la compagne et l'ami de jeunesse du défunt, respectivement Sylvie Haller et Daniel Lines, m'ont permis

21 www.rolfhimmelberger.ch. Pour le type de document mentionné ici, voir la rubrique « Historique de la législation ». À noter que les documents disponibles à cet endroit sont essentiellement des documents institutionnels, dont l'accès est de cette façon rendu simplement plus aisé. Le rapport de la commission d'enquête administrative sur les IUPG y est également rendu disponible.

d'enrichir ma compréhension du propre parcours de vie d'Alain Urban et du déroulement de l'enquête pénale. Les quelques documents qui m'ont été transmis par Daniel Lines (une chronologie de la procédure judiciaire, deux textes et une carte postale) m'ont été utiles pour étayer les informations rassemblées jusque-là et pour prendre la mesure du travail de mémoire dans lequel lui-même et Sylvie Haller sont engagé-es depuis. Les entretiens et les courriels que j'ai eu l'opportunité d'échanger avec eux m'ont permis de densifier et de complexifier la construction sociohistorique de l'histoire de l'événement du décès d'Alain Urban. Sylvie Haller m'a en outre amenée à découvrir l'article publié en ligne en 2018 par le professeur émérite de psychiatrie à la Faculté de médecine de l'Université de Genève, François Ferrero (2018), précisément consacré à cette crise institutionnelle de la psychiatrie du début des années 1980 à Genève²². Pour comprendre les origines de cet article, ses conditions de production, mais aussi son contexte de publication, j'ai aussi choisi de réaliser un entretien avec son auteur.

Une dernière source importante exploitée à mentionner est l'ouvrage du journaliste à l'hebdomadaire *Tout va bien*, Jean Steinauer : *Le Fou du Rhône : documents sur la crise psychiatrique genevoise*, publié en octobre 1982, soit un mois après que le rapport de la commission d'enquête administrative sur les IUPG, mandatée par le Conseil d'État, est rendu public. Publié en collaboration avec le journal pour lequel le journaliste travaille ainsi qu'avec l'Adupsy, cet ouvrage à thèse propose un récit, sous la forme d'une chronique, de différents événements et affaires qui ont jalonné l'année 1980 (quelques retours dans les années précédentes sont aussi proposés). Il offre un accès à des documents institutionnels produits par des instances politiques, administratives, psychiatriques et judiciaires genevoises (procès-verbaux de la commission d'enquête administrative, arrêts du tribunal administratif cantonal, courriers, rapports, etc.), et constitue de fait une source importante

22 À noter que cet article ainsi que les commentaires qu'il a suscités et sur lesquels je reviens plus en détail dans l'épilogue de cet ouvrage ont fait l'objet de la publication d'un livre en 2022 (Ferrero, 2022).

d'informations. J'ai appréhendé cet ouvrage et les informations qu'il contient, comme toute autre source par ailleurs, dans son contexte de production et dans l'environnement social et politique dans lequel il s'insère.

Une note vient compléter les explications données ici sur le corpus de mon enquête en apportant des précisions sur l'accès et les limites d'accès aux sources de paroles minoritaires ou minorisées (Note de l'autrice).

Présentation de l'ouvrage

Mon travail se compose de six chapitres qui proposent une contextualisation et une investigation de l'avènement et du déploiement de la crise de la psychiatrie institutionnelle à Genève.

Le premier chapitre offre une mise en regard des critiques et mouvements antipsychiatriques des années 1960-1970 avec la période de mise en place du dispositif psychiatrique asilaire genevois au début du XIX^e siècle. Il vise à comprendre les conditions de possibilité de processus conflictuels en psychiatrie en questionnant l'existence de critiques et mouvances antipsychiatriques dès la mise en place des dispositifs aliénistes au XIX^e siècle. Il s'agit de saisir les formes prises par ces critiques et mouvements, les plans sur lesquels les critiques ont porté et d'interroger leur influence sur les dispositifs psychiatriques. Je précise que mon intention en revanche n'est nullement de tracer une quelconque continuité historique entre le dispositif asilaire genevois du début du XIX^e siècle et la psychiatrie institutionnelle des années 1970-1980 à Genève, ni entre les mouvances antipsychiatriques (ou antialiénistes) du XIX^e siècle et ceux des années 1960-1970. Par rapport à l'ensemble de l'ouvrage, la première partie de ce chapitre poursuit donc un objectif de nature essentiellement méthodologique au sens où il s'agit de montrer, ou sinon du moins de rappeler, à partir de travaux historiques, l'existence de mouvements ou mouvances critiques dès la création des dispositifs aliénistes au XIX^e siècle.

La mise en place, dès les années 1830, du dispositif aliéniste genevois est influencée, comme je m'attache à le montrer à partir de la littérature existante, par les idées et les développements à la même période des dispositifs aliénistes en France et en Grande-Bretagne. Aussi, en toute logique, c'est d'abord vers ces deux pays que je dirige mon attention pour décrire et rendre compte, à l'aide de travaux historiques, des critiques et mouvements antipsychiatriques qui s'y sont développés dès la seconde moitié du XIX^e siècle, soit une fois le problème de surpopulation des asiles mis à jour publiquement. Nous verrons que les mouvements qui se sont déployés en Grande-Bretagne et en France ont revêtu des formes différenciées, puisque le mouvement antialiéniste britannique a donné lieu à la création d'associations de patient-es qui ont exercé une force de *lobbying*, notamment auprès des autorités politiques ainsi qu'à de vifs débats parmi les aliénistes sur des pratiques de soins alternatives à l'asile, alors qu'en France, le mouvement investi par des romanciers, des hommes politiques et des journalistes, a pris une forme plus diffuse. Ensuite, à partir d'un épisode marquant de la psychiatrie genevoise du milieu du XIX^e siècle, j'interroge l'existence, à cette période, d'un mouvement antialiéniste local. En 1856, le médecin principal du premier asile du canton (l'hospice situé aux Vernaies) est destitué, accusé de détention arbitraire d'une jeune femme. L'affaire mobilise l'attention de la presse au-delà des seuls journaux locaux, met en effervescence les acteurs politiques et médicaux genevois, et génère une crise profonde. L'éviction d'un directeur d'asile, il faut le souligner, est un fait très rare au XIX^e siècle. Cette destitution aurait-elle été rendue possible, ou simplement plus aisée, par l'existence d'un mouvement antialiéniste local ? C'est l'hypothèse que j'examine tout en interrogeant aussi les éventuelles traces et la forme prise par un tel mouvement.

Portant attention à la genèse dans les années 1970 des collectifs antipsychiatriques genevois et aux trajectoires de militant-es qui les ont investis, je donne un aperçu des mouvements britanniques, italiens et français, qui ont inspiré les militant-es genevois-es. Je présente les trajectoires, idées et expériences antipsychiatriques des

principales figures de ces mouvements (Cooper, Laing et Basaglia). Objets de publications et d'une forte médiatisation, la diffusion de ces idées et pratiques de soins qualifiées d'« alternatives » tend à se fondre dans le mouvement social, culturel et politique de Mai 68. Les militant-es genevois-es qui participent localement à la création d'organisations antipsychiatriques sont des militant-es multimensionné-es, investi-es dans plusieurs mouvements sociaux caractéristiques de cette période (antimilitarisme, mouvement étudiant, mouvement antinucléaire, logement). Par le biais de lectures, d'échanges, de voyages et de réunions avec des figures connues et moins connues du mouvement antipsychiatrique, les militant-es genevois-es revisitent leur propre expérience professionnelle pour la politiser, développer de nouvelles pratiques et créer localement de nouveaux groupements favorisant les échanges et le développement de critiques. En suivant la création des collectifs genevois et la trajectoire de militant-es qui s'y engagent, je montre la dynamique des échanges entre réseaux internationaux et locaux ainsi que l'hétérogénéité des savoirs et des pratiques qui circulent.

C'est à partir du deuxième chapitre que mon enquête sur la crise de la psychiatrie institutionnelle des années 1980 à Genève débute à proprement dit. Ce chapitre est consacré aux mobilisations militantes (et controverses) qui, à partir de *cas* particuliers montés en *affaires* par le biais de leur médiatisation, dénoncent et problématisent publiquement l'internement psychiatrique d'abord, puis le consentement et le droit de refuser des traitements psychiatriques. Les événements, actions, discours et mobilisations traités dans ce chapitre ont lieu au printemps 1976 et se poursuivent jusqu'au début de l'automne 1977. En suivant avec soin les actions entreprises dès 1976, j'analyse d'abord comment des professionnels du droit, des militant-es antipsychiatriques et des étudiant-es (universitaires) sont amené-es à converger à l'occasion de situations qu'ils et elles s'attellent à dénoncer publiquement dans la rue et par voie de presse, et à investir la question des droits des patient-es (hospitalisation non volontaire et consentement aux traitements). J'examine les actions, argumentaires, discours et revendications formulés par les collectifs

militants, dont certains parmi ces derniers émergent à l'occasion des affaires qu'ils dénoncent, et analyse le travail politique qu'ils entreprennent pour remettre en cause le dispositif psychiatrique genevois et l'économie des pouvoirs qui le soutient. Les objectifs des militant-es sont, plus spécifiquement, d'abolir l'internement psychiatrique et de provoquer une révision profonde de la loi cantonale en vigueur (loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales du 14 mars 1936). Aussi décident-ils et elles d'agir par voie de pétition pour investir l'arène politique du parlement cantonal et induire, dans un contexte législatif qui à l'échelle fédérale leur est favorable, un processus de révision de cette loi. Dans cette partie, je m'intéresse à l'évolution du discours radical produit par les militant-es lorsque, dans ce contexte, ils et elles investissent l'espace parlementaire. Il s'agit de suivre et de comprendre les déplacements et les reconfigurations que ce discours connaît lorsqu'il est discuté, repris, puis traduit par les député-es, et d'interroger les effets de ces déplacements et opérations de traduction sur les revendications militantes. Si la dénonciation de deux premières affaires conduit les collectifs militants à problématiser l'internement psychiatrique, au parlement notamment, c'est à partir d'une troisième affaire, mettant en jeu l'usage d'électrochocs, qu'ils thématisent les traitements psychiatriques biologiques (traitements de chocs, cure de sommeil, etc.) et le droit à consentir ou refuser un traitement. Cette affaire donne lieu à de vives dissensions à l'intérieur même du corps médical et à une controverse fortement médiatisée sur les savoirs et les techniques psychiatriques, à laquelle le directeur de la clinique psychiatrique de Bel-Air, par l'ampleur des contestations, se voit contraint de prendre part.

Le troisième chapitre retrace la genèse du projet, dès le printemps 1978, de constituer une association spécifiquement dédiée à la défense des droits et intérêts des personnes usagères de la psychiatrie – l'Adupsy – en prenant pour point de départ les réflexions des personnes qui en sont à l'origine – dont Alain Urban –, leurs motivations, leurs réseaux de relations, mais aussi leurs préoccupations et leurs craintes. Quelle conception du droit adopter

pour favoriser une critique, des stratégies et des actions à même de transformer les institutions psychiatriques et les pratiques de soins à Genève ? Comment entreprendre un travail critique qui puisse prendre en compte et neutraliser la crainte des (ex-)patient-es de se voir potentiellement confronté-es à de nouvelles reprises aux institutions, thérapeutiques, mesures (internement, mise en isolement) et pratiques professionnel·les objets de leurs critiques ? Dans ce chapitre, il s'agit de comprendre comment les personnes initiatrices du projet échangent et réfléchissent aux interrogations qu'elles se posent et quelles options stratégiques elles choisissent d'adopter. Les conflits des années précédentes (1976-1977) ont été violents, les controverses vives, les tensions fortes, et leurs effets souvent difficiles à vivre, en particulier pour les personnes autour desquelles les conflits se sont cristallisés et ont été médiatisés. L'analyse déployée dans ce chapitre permet de dégager le sens que les membres de l'Adupsy entendent donner à la notion d'« usager de la psychiatrie » et de montrer comment ces individus décident de l'investir comme un levier d'actions solidaires devant favoriser, de leur point de vue, l'atteinte des buts qu'ils décident de fixer à leur collectif. Elle permet également de mettre en évidence les débats et négociations dont font l'objet ces objectifs ainsi que les actions envisagées pour les traduire et les mettre concrètement en œuvre.

L'un des buts prioritaires de l'Adupsy est de prendre publiquement position face au projet de révision de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales du 14 mars 1936, d'intervenir dans le processus législatif en cours afin de faire valoir ses revendications, et d'ouvrir le débat au sein de la population. Mené dans une perspective d'histoire politique et législative, le quatrième chapitre retrace finement le processus de révision de la loi genevoise au parlement, et les actions entreprises par l'Adupsy pour intervenir dans ce processus législatif. Comment une association qui se positionne comme porte-parole des « usagers de la psychiatrie », de leurs droits et intérêts, peut parvenir dans une démocratie directe à entrer dans l'espace du pouvoir législatif et à influencer sur les débats et décisions prises ? Le processus de révision de la loi genevoise,

débuté au printemps 1977, est très avancé lorsque l'Adupsy, créée en mars 1979, diffuse une prise de position auprès des parlementaires cantonaux, des psychiatres et de la presse, et organise un débat public. L'analyse que je déploie dans ce chapitre est double. Sur la base de l'examen des procès-verbaux du Grand Conseil et de la commission *ad hoc* chargée de cette révision, je montre d'une part, les difficultés auxquelles l'association et ses représentants se sont trouvés confrontés pour prendre part aux débats menés dans cette arène et à partir de quels arguments politiques ils en ont été très largement écartés. Menée dans une perspective comparative d'autre part, mon analyse rend en outre compte de manière fine et différenciée de l'intégration partielle (ou non) dans la nouvelle loi des propositions et revendications portées dès 1976 par les activistes mobilisés autour des premières *affaires*, puis dès 1979 par l'Adupsy.

Le cinquième chapitre s'ouvre sur le décès d'Alain Urban pour retracer, dès cet événement, le processus dynamique et ouvert d'émergence de cette *crise* profonde, de son déploiement et de ses effets sur les plans médiatique, politique, administratif, psychiatrique et associatif. Il traite du « volet politique », comme je l'ai appelé plus haut, de la crise induite par la mort du jeune homme. Partant de ce fait, ce chapitre couvre la période qui s'étend jusqu'à l'annonce de la réforme des IUPG au printemps 1982. L'un des constats tirés de mon enquête sociohistorique du processus conflictuel de la psychiatrie institutionnelle genevoise des années 1970-1980 est que les critiques, mobilisations et controverses qui s'expriment et se manifestent dès le début des années 1970 à Genève, autant d'événements et de situations dont je m'attache à retracer l'enchaînement temporel et à en montrer le sens, sont les manifestations d'une crise « latente », « à bas bruit » (Droux et Czaka, 2016). Après quelques semaines ou mois, l'attention médiatique et celle de l'opinion publique portée aux affaires, critiques et controverses s'estompent et retombent. Avec la mort du jeune homme cofondateur et membre actif de l'Adupsy en juin 1980 lors d'une cure de sommeil à la clinique psychiatrique universitaire genevoise, le processus conflictuel des précédentes années prend une vigueur et une ampleur inédites. Considérant

leur collègue et ami victime des traitements qu'il dénonçait et à propos desquels le parlement genevois a refusé quelques mois plus tôt de légiférer, les activistes de l'Adupsy, rejoint-es par des ami-es proches et d'autres allié-es, entreprennent de diffuser la nouvelle et de mobiliser au-delà de leurs propres réseaux. Dans cette partie, je recours au sens heuristique de la notion de crise pour suivre les ami-es proches, les collègues de militance d'Alain Urban et leurs allié-es dans leur travail de mise en accusation, auprès des médias, de l'opinion publique et des autorités politiques, des mesures, traitements et recherches pratiqués à la clinique psychiatrique de Bel-Air, sous la responsabilité du directeur René Tissot. Je montre comment les responsables des IUPG et le conseiller d'État, avec le soutien de nombreux responsables de cliniques romandes, tentent de répondre aux accusations, de contenir la crise et de plaider pour un cloisonnement institutionnel qu'ils jugent indispensable (secret professionnel, fausses accusations et cliniquement mal informées, diffamations, diffusion d'une inquiétude malsaine auprès de la population, des patient-es et de leurs proches). Au cours de l'été 1980, les actions des militant-es et de leurs allié-es sont nombreuses (conférences de presse, rassemblement sur le site de la clinique, soutien public de personnalités au statut académique reconnu) et le mouvement de contestation prend de l'ampleur. Du côté du personnel soignant des IUPG, des lignes de fractures se dessinent. À l'automne 1980, le conseiller d'État reconnaît publiquement l'existence d'une crise et communique l'ouverture d'une enquête administrative. Cette partie analyse le processus de crise dans son volet politique (1980-1982). Il s'agit de comprendre comment les militant-es et leurs allié-es mettent en cause les thérapeutiques et les recherches du directeur de la clinique de Bel-Air, et cherchent par de multiples actions à intervenir dans l'économie des pouvoirs et d'induire les transformations du dispositif psychiatrique qu'ils et elles souhaitent voir être réalisées.

Le sixième chapitre propose de suivre l'enquête pénale ouverte à la suite du décès d'Alain Urban, sous l'angle des actions menées par la partie civile et ses allié-es : des militant-es de l'Adupsy, le groupe informel des « amis d'Alain » et des experts médicaux. La

création de l'Adupsy visait à sortir d'une défense au cas par cas des personnes usagères de la psychiatrie et à entreprendre des actions dont la visée transformative devait être structurelle et non seulement ponctuelle (transformation profonde de la législation, des mesures et pratiques de soins psychiatriques). Or, au cours des années 1980, l'Adupsy connaît une destinée largement bouleversée et reconfigurée par le décès du jeune homme. Dans cette section, je propose des pistes d'analyse pour expliquer le délitement de l'Adupsy au cours de ces années et rends compte de cette focalisation nouvelle de l'engagement militant sur la figure du jeune homme. Je reconstitue de façon détaillée les différentes phases de la procédure judiciaire et analyse les activités menées par la partie civile et ses alliées en relation avec cette procédure. J'examine le travail d'interpellation d'experts médicaux entrepris par les ami-es d'Alain et décris au plus près l'engagement professionnel des experts qui acceptent de mettre leurs savoirs spécialisés au service de la partie civile. En retraçant la trajectoire professionnelle de ces derniers et leur ancrage dans leur champ d'expertise respectif, je mets en évidence quelles sont leurs conceptions du rôle d'expert-e, de leurs savoirs spécialisés et de leur engagement. Je montre aussi comment ces conceptions se traduisent dans le cas spécifique de cette procédure et comment ces experts articulent leurs propres savoirs et compétences à celles des autres experts et des militant-es. Les « amis d'Alain » ponctuellement, et de façon stratégique, recourent à des leviers extrajudiciaires, tels que la médiatisation de rassemblements en mémoire de leur ami sur le site de la clinique psychiatrique genevoise, la diffusion d'informations médicales dont ils et elles disposent ou d'expertises (pharmacologique, psychiatrique, juridique), dans le but de désenclaver cette arène. Ce chapitre rend également compte de la façon dont ces nombreuses et différentes actions sont conjuguées.

La conclusion de cet ouvrage interroge les effets induits par les stratégies militantes alors choisies. Si certains droits ont été institués, l'offre de soins est loin d'avoir été radicalement transformée sous l'effet des mobilisations militantes. La conclusion ouvre sur des questions pouvant nourrir de futures recherches : dans le processus

sociohistorique encore en cours aujourd'hui pour faire advenir les droits des personnes concernées par un trouble psychique, comment dépasser une certaine vision focalisée sur les droits formels ?

L'épilogue aborde les années récentes au travers d'entretiens et de la relance de la controverse, cette fois dans l'espace scientifique avec la publication en ligne en 2018 d'un article qui questionne le traitement alors administré à Alain Urban (Ferrero, 2018). Cet épilogue interroge et raconte, tout en proposant des pistes d'analyse, les traces laissées par la crise de la psychiatrie institutionnelle genevoise dans la mémoire collective. De qui, de quoi et comment se souvient-on ?

Chapitre 1

Des mouvements antialiénistes à l'antipsychiatrie des années 1960-1970

L'Adupsy est à ma connaissance la première association de personnes usagères de la psychiatrie ayant existé en Suisse romande. Cette association qui se constitue en porte-parole des droits des « usagers » de la psychiatrie n'inclut pas uniquement des personnes usagères, mais aussi des professionnel·les de la psychiatrie et du droit, engagé·es dans des collectifs critiques antipsychiatriques locaux et internationaux, caractéristiques des années 1960-1970.

Le cas des collectifs genevois et de l'Adupsy pourrait donner raison à une certaine historiographie qui tend à situer l'émergence de critiques de la psychiatrie et de ses dispositifs dans les années 1960-1970 (Dotti, 2015, 2018 ; Heimberg, 2005 ; Rebetz, 2015). Pourtant, les critiques adressées aux psychiatres et aux institutions psychiatriques ne sont pas nouvelles, elles existent quasiment depuis l'implémentation du système asilaire (Crossley, 2006c ; Fauvel, 2005a ; Hochmann, 2015 ; Quétel, 2009) et sont partie intégrante de la psychiatrie institutionnelle, thérapeutique, juridique et des pratiques professionnelles (Miller, 1986). Ces critiques

« antialiénistes¹ » ont d'ailleurs eu une existence si vigoureuse durant la seconde moitié du XIX^e siècle déjà qu'il a été suggéré, à raison, de parler *des* antipsychiatries au pluriel plutôt que de l'antipsychiatrie au singulier (Fauvel, 2005a ; Hochmann, 2015 ; Miller, 1986 ; Quétel, 2009).

De nombreux mouvements antipsychiatriques se sont effectivement développés à travers le monde à partir du milieu du XIX^e siècle, aussi bien aux États-Unis (Dain, 1980, 1994 ; McLean, 2010), en Grande-Bretagne (Crossley, 2006c ; Hervey, 1986 ; Hunter et Macalpine, 1962), en France (Fauvel, 2005a ; Hochmann, 2015 ; Quétel, 2009), qu'en Allemagne (Schmiedebach, 1996), pour ne citer que quelques exemples de mouvements ayant fait l'objet de travaux historiques, sociologiques ou anthropologiques. Mon propos dans ce chapitre n'est toutefois pas de faire l'histoire de l'ensemble de ces mouvements, mais de revenir sur l'existence de critiques et mouvements antipsychiatriques aux XIX^e et XX^e siècles dans les pays qui ont servi de source d'inspiration et d'influence dans la mise en place, le développement et la transformation du dispositif psychiatrique genevois : la Grande-Bretagne et la France pour le XIX^e siècle, pays auxquels il faut ajouter l'Italie pour ce qui concerne les sources d'influence du mouvement antipsychiatrique genevois des années 1960-1970.

Le choix d'adopter dans ce chapitre une perspective historique de longue durée sur les critiques adressées aux psychiatres et aux

1 Au XIX^e siècle, ce sont les termes d'aliénés, d'aliénistes, d'aliénisme et d'asiles qui, dans le langage scientifique, sont utilisés pour qualifier respectivement les personnes atteintes de troubles mentaux, les médecins chargés de leur traitement, la médecine « spéciale » alors développée par ces derniers, et les établissements réservés au traitement des malades mentaux. L'expression antialiénistes est également d'époque (Fauvel, 2008a). Elle désigne les premières critiques adressées aux aliénistes, qui mettent aussi bien en cause leurs savoirs, leurs pratiques, que les institutions qu'ils dirigent. Les mots de malades mentaux, psychiatres, psychiatrie, puis hôpitaux psychiatriques, ne commencent à se répandre qu'à la fin du XIX^e siècle (pour plus de détails sur ce point voir Fauvel, 2004). Lorsque dans la suite du texte j'évoquerai la période du XIX^e siècle, j'utiliserai néanmoins parfois les termes de psychiatrie, psychiatres, malades mentaux, institutions psychiatriques, ou antipsychiatrie(s), afin d'éviter des répétitions fastidieuses.

institutions psychiatriques prend appui sur une série de thèses historiographiques qui nourrissent les objectifs de ces pages et posent les bases des analyses des chapitres ultérieurs. Ces thèses sont issues de plusieurs travaux d'historien·nes et de sociologues de la psychiatrie², dont en particulier un article de Peter Miller, publié en 1986, intitulé *Critiques of Psychiatry and Critical Sociologies of Madness*.

Premièrement, si les critiques adressées aux dispositifs psychiatriques ne sont pas nouvelles et en sont même partie intégrante, Peter Miller (1986, p. 13) propose toutefois de distinguer parmi ces différentes critiques – qui peuvent aller de critiques limitées, internes à la profession, aux dénonciations en bloc émanant de l'extérieur –, celles qui se sont limitées à des questions relativement spécifiques telles que certaines techniques thérapeutiques, et celles qui ont défié plus fondamentalement son autorité – l'« isolement thérapeutique » au XIX^e siècle par exemple.

Deuxièmement, ces critiques, qu'elles émanent de l'intérieur – de la profession ou du système psychiatrique – ou de l'extérieur, ne sont jamais entièrement *externes* au fonctionnement du dispositif psychiatrique. Elles peuvent être reliées à ce que Miller (1986) propose d'appeler les « modernisations » ou « transformations » de « l'appareil psychiatrique », aussi bien qu'aux stratégies critiques qui échouent à le réformer :

« L'histoire de la psychiatrie est une histoire des transformations fondamentales de son existence institutionnelle, théorique, professionnelle et juridique. Les critiques adressées à l'encontre de la psychiatrie, à la fois de l'intérieur et de l'extérieur, sont un élément significatif de ce processus de modernisation et de transformation. » (Miller, 1986, p. 13, ma traduction)

Tant et si bien que selon Miller, la psychiatrie – telle qu'elle s'est constituée au XIX^e siècle ou que nous la connaissons à notre

2 Parmi lesquels Castel (1976) ; Crossley (2006c) ; Fauvel (2005a) ; Hochmann (2015) ; Miller (1986) ; Quételet (2009).

époque – est effectivement inconcevable sans de telles critiques³. À partir de là, cet auteur identifie et suggère de différencier quatre plans distincts sur lesquels ces critiques ont porté : les plans institutionnel, théorique, juridique et technologique⁴.

La critique institutionnelle s'est focalisée sur les *dispositifs* institutionnels de la psychiatrie, l'asile puis l'hôpital, qui furent mis en cause sur de multiples aspects dès la seconde moitié du XIX^e siècle (Miller, 1986). Les conditions dans lesquelles les personnes étaient internées furent dénoncées et attaquées – la brutalité, les privations, le manque de confort et la saleté de l'environnement – ainsi que la capacité du dispositif asilaire à opérer comme un environnement proprement médical et curatif, tel qu'il aspirait à l'être. Le principe même de l'isolement – considéré généralement comme ayant des effets thérapeutiques dès le XIX^e siècle – fut lui aussi mis en cause.

La critique théorique, souligne Miller, s'en est prise à des catégories psychiatriques spécifiques, jugées par exemple sans fondement théorique valable – on peut penser aux diagnostics de « manie raisonnante » ou de « folie morale » qui ont fait l'objet de vifs débats au XIX^e siècle, y compris parmi les médecins⁵ –, ou au concept même d'« aliénation » ou de « maladie mentale ». Le rôle causal attribué à différents facteurs – moraux, sociaux, organiques, psychologiques – de l'étiologie de la maladie mentale fit l'objet de critiques et de débats, à l'extérieur et au sein de la profession, donnant lieu à des renversements théoriques au cours de l'histoire de la psychiatrie.

3 À noter que Peter Miller n'est pas le seul à défendre cette idée. À titre d'exemple, Marcel Jaeger (1981) s'attache à montrer dans son ouvrage *Le Désordre psychiatrique*, qu'en dépit du succès rencontré par la notion d'« ordre psychiatrique » – lié aux travaux de Michel Foucault (1976) et de Robert Castel (1976) –, le champ psychiatrique est, dès ses origines au XIX^e siècle et de manière durable, caractérisé par l'absence d'homogénéité et par l'existence de critiques et de modèles alternatifs, y compris en son sein.

4 Sur cet aspect, Miller s'appuie sur l'analyse de Robert Castel (1976) du système psychiatrique asilaire du XIX^e siècle en France.

5 Pour plus de détails sur ces deux diagnostics, voir Coffin (1994). Sur celui de « manie raisonnante » – une forme de folie sans délire – voir également Fauvel (2015, p. 166-169).

La critique juridique s'en est prise à la codification légale de la psychiatrie, que ce soit en critiquant les modalités de supervision de l'univers de l'internement, la régulation légale du processus d'internement, ou en défendant parfois des droits des patient-es, ou encore le statut légal de la personne malade en tant que citoyen (Miller, 1986, p. 13). Même si ces critiques – comme nous le verrons par la suite dans ce chapitre – n'ont pas nécessairement débouché sur des réformes légales et peuvent en ce sens être considérées comme des échecs, leur existence dès la seconde moitié du XIX^e siècle, affirme Miller (1986, p. 18-19), suggère que les problèmes allaient au-delà de la simple question des garanties juridiques.

Finalement, la critique adressant le plan technologique de la psychiatrie, explique Miller, se réfère à un niveau se situant à la croisée de catégories théoriques et d'interventions techniques, considérant que les techniques psychiatriques mises en cause – l'« isolement thérapeutique » du XIX^e siècle par exemple ou les électrochocs développés au cours du XX^e siècle – renvoient toujours à des conceptions spécifiques et articulées de la maladie mentale, de son traitement, et de l'environnement au sein duquel ce dernier est appelé à se déployer : l'asile, les colonies familiales, « la communauté », etc.

Adopter une perspective de longue durée en rendant compte des différents plans sur lesquels les critiques adressées au dispositif psychiatrique au cours des XIX^e et XX^e siècles ont porté poursuit essentiellement un objectif : celui de permettre, le cas échéant, de sortir de l'illusion qui consisterait à considérer que les critiques de la psychiatrie et en particulier les mouvements antipsychiatriques n'auraient existé qu'à partir des années 1960-1970. Si l'historiographie de la psychiatrie, et spécifiquement l'historiographie française (Fauvel, 2005a, p. 9 ; p. 44-57), a longtemps pu contribuer à nourrir l'illusion d'un « ordre psychiatrique⁶ », resté peu contesté jusqu'à la Libération et surtout jusqu'au « raz de marée antipsychiatrique des

6 Cette expression est empruntée au titre de l'ouvrage de Robert Castel (1976) *L'Ordre psychiatrique : l'âge d'or de l'aliénisme*.

années 1960-1970⁷ », nous disposons désormais d'enquêtes permettant de porter un autre regard sur cette version de l'histoire de la psychiatrie. En toute logique, c'est sur cette littérature secondaire, et plus particulièrement sur celle consacrée aux mouvements antialiénistes qui se sont développés à partir du milieu du XIX^e siècle dans les deux pays ayant marqué de leur influence la mise en place et le développement du dispositif asilaire genevois – la Grande-Bretagne et la France – que je m'appuierai, pour me pencher essentiellement sur deux éléments. Tout d'abord, sur l'existence même et sur l'influence que de tels mouvements antialiénistes ont pu exercer sur les dispositifs psychiatriques dans ces deux pays. Ensuite, je m'attacherai à questionner l'existence même d'un mouvement antialiéniste à Genève au XIX^e siècle, à partir d'un événement marquant de la psychiatrie genevoise de cette époque : la révocation, en 1856, du directeur de l'asile psychiatrique genevois, Charles Coindet, accusé d'internement arbitraire.

Avant d'explorer l'histoire des mouvements antialiénistes britanniques et français du XIX^e siècle ainsi que d'examiner l'existence d'un tel mouvement à Genève pendant cette période, il est judicieux de rappeler brièvement le contexte dans lequel le dispositif asilaire genevois a été mis en place.

Ce dispositif, qui voit le jour au cours de la première moitié du XIX^e siècle, tout comme dans d'autres pays d'Europe et aux États-Unis, est influencé par les dispositifs britanniques et français établis à cette époque. En effet, le XIX^e siècle est marqué par l'émergence d'une nouvelle branche médicale spécifique dans ces pays : l'aliénisme. La France, sous l'influence de Pinel puis surtout d'Esquirol, décide, en 1838, d'obliger l'ensemble de ses départements de se doter d'asiles et d'une politique d'hospitalisation des malades sans ressource, politique publique que la Grande-Bretagne adopta également en 1845 (Dowbiggin, 1993 ; Fauvel, 2015, p. 396 ; Goldstein, 1997). La Suisse peut également être considérée comme un pays alors novateur en la matière puisque le canton de Genève et la ville

7 L'expression est de Claude Quérel (2009, p. 508).

de Neuchâtel font partie des rares États à adopter ce type de dispositif au cours de la première moitié du XIX^e siècle : respectivement en 1838 et en 1843 (Fauvel, 2015, p. 396). Le XIX^e siècle, qualifié par certains « d'âge d'or de la psychiatrie » (Castel, 1976), est une période durant laquelle la figure de l'aliéné·e, ayant été séparée des catégories du criminel et de l'indigent, devient un objet privilégié d'attention des politiques publiques autour duquel un dispositif spécifique se met en place : un cadre institutionnel (les asiles), un savoir théorique sur la maladie mentale (l'aliénisme), une législation régulant l'internement et supervisant la psychiatrie (les lois sur l'enfermement ou le placement et la surveillance des aliéné·es), et une technologie à visée thérapeutique, le « traitement moral ». Cet « âge d'or de la psychiatrie » est marqué par l'espoir que l'aliénisme en tant que nouvelle branche de la médecine parviendra par le retrait de l'aliéné·e du monde (l'« isolement thérapeutique »), le « traitement moral », l'influence de l'autorité aliéniste et de l'ordre institutionnel, sinon à guérir, du moins à enrayer cette affliction humaine : la folie (Fauvel, 2015, p. 396).

1.1 Antialiénismes en Grande-Bretagne et en France

Au cours du XIX^e siècle, peu de temps après la construction des premiers asiles en France et en Grande-Bretagne, la population asilaire croît fortement ; le nombre d'interné·es augmente rapidement et sans cesse, alors que les taux de sortie, déjà faibles, diminuent⁸. Face à ce phénomène de surpopulation et aux coûts qu'il engendre, les élites de ces pays se mettent, dans les années 1850-1860, à douter de l'efficacité du dispositif asilaire et de la capacité des aliénistes à guérir les aliéné·es, à enrayer la folie. C'est dans ce contexte, et d'abord dans les deux pays *leaders* dans la mise en œuvre de

8 À titre d'exemple, dans les asiles britanniques, la proportion des patient·es « curables » entre 1844 et 1870 chuta de 15 à 7 % (Parry-Jones, 1981, p. 207). S'agissant de la France, Aude Fauvel relève qu'entre 1838 et la fin des années 1860, le nombre d'interné·es augmenta de près de 250 %. En s'appuyant sur plusieurs sources, elle précise qu'« à l'ouverture du réseau asilaire public (1838), les asiles français renaient environ 10 000 personnes, 34 919 en 1864, 58 699 en 1894, 110 000 en 1939 (contre 18 000 détenus) » (2015, p. 397).

politiques asilaires, la Grande-Bretagne et la France (Fauvel, 2015), que des écrits de patient-es retiennent l'attention des élites et de la presse (Carroy-Thirard, 1977 ; Dowbiggin, 1993, p. 127-153 ; Fauvel, 2005a, 2015), et que des approches alternatives de soins sont examinées, expérimentées et vigoureusement débattues (Fauvel, 2005a ; Fauvel et Dupont, 2018 ; Grob, 1994, p. 110-116 ; Parry-Jones, 1981 ; Tuntiya, 2007).

Si des critiques de malades existent dès les premières mises en place des politiques asilaires en France et en Grande-Bretagne, celles-ci ne trouveront toutefois audience auprès des élites et dans l'espace public qu'à partir du milieu du XIX^e, une fois le problème de surpopulation mis à jour et la capacité des asiles à opérer comme un environnement thérapeutique mise en doute (Carroy-Thirard, 1977 ; Dowbiggin, 1993, p. 127-153 ; Fauvel, 2005a, 2015). En d'autres termes, c'est la perte de confiance d'une partie des élites dans le pouvoir des aliénistes qui les conduit à se tourner vers les expériences et témoignages des patient-es du système asilaire. Durant la seconde moitié du XIX^e siècle, on voit ainsi des deux côtés de la Manche des écrivains et des hommes politiques prendre appui sur des écrits de patient-es pour critiquer les aliénistes et plaider pour de profondes réformes du système de prise en charge (Carroy-Thirard, 1977 ; Dowbiggin, 1993, p. 127-153 ; Fauvel, 2005a, 2008a, 2015, p. 398). Toutefois, si un courant critique exista dans ces deux pays, force est de constater qu'il se constitua d'abord en Grande-Bretagne, où il prit une forme spécifique en donnant lieu, dès 1845, à la constitution d'associations de patient-es qui exercèrent une force de *lobbying* sur les réformes législatives de la seconde moitié du XIX^e siècle (Hervey, 1986 ; Hunter et Macalpine, 1962) ; le courant se constituant en France dès les années 1860, restant plus diffus et exerçant une moindre influence (Fauvel, 2005a, 2015).

En Grande-Bretagne, la première association de patient-es documentée par les historien-nes à voir le jour, The Society for

the Alleged Lunatics⁹ fut fondée en 1845, par un petit groupe d'hommes, dotés de ressources sociales et économiques importantes et ayant été eux-mêmes internés ou des membres de leur entourage familial proche (Hervey, 1986 ; Hunter et Macalpine, 1962). En 1838, le plus puissant d'entre eux, John Thomas Perceval, le fils du Premier ministre assassiné¹⁰, ayant lui-même été interné durant environ trois ans dans deux asiles privés successifs destinés aux membres de l'aristocratie, répondit à un appel lancé dans *The Times* par Richard Paternoster – un fils de chirurgien, ancien employé du service civil de Madras ayant lui aussi été interné dans une maison de santé privée – invitant d'autres patient·es à le rejoindre pour faire campagne afin de dénoncer et de corriger les abus dans le système des institutions pour aliéné·es (Hervey, 1986). Perceval, tout comme Paternoster, publie des comptes rendus de son expérience d'internement, dans lesquels il dénonce le fait d'avoir été écarté de toute discussion de ses traitements ainsi que le caractère « barbare » selon lui de ces derniers (Hervey, 1986). Tous deux mettent également en cause la Metropolitan Lunacy Commission et les magistrats locaux en charge du contrôle des institutions pour aliéné·es en dénonçant publiquement des déficiences dans le système d'inspection. Rejoints entre-temps par trois autres hommes, eux aussi des ex-patients ou proches d'ex-patients issus de l'élite, ils décident en juillet 1845 de donner un caractère plus formel et un degré plus élevé d'organisation à leur groupe en créant The Society for the Alleged Lunatics.

Les principaux objectifs de cette société étaient de faire campagne en faveur d'une réforme de la *Lunacy Law*, afin de diminuer les risques d'internement arbitraires et d'améliorer les conditions de traitements asilaires ; et d'offrir de l'aide aux ex-patient·es (Hervey, 1986). La société fit campagne *via* le parlement, les tribunaux, les magistrats locaux, la presse ainsi que des réunions et

9 La « Société des soi-disant fous » (Fauvel, 2015, p. 399) ou « Société amie des prétendus aliénés » (Crossley, 2006b, p. 28).

10 John Thomas Perceval est le fils de Spencer Perceval (1762-1812), Premier ministre conservateur anglais d'octobre 1809 à mai 1812, date à laquelle il a été assassiné à la Chambre des communes par un marchand de Liverpool, John Bellingham, qui sera jugé et pendu.

des conférences publiques (Hervey, 1986). Ils défendirent les cas de plus de soixante-dix patient-es, notamment devant les tribunaux, plaidèrent plus généralement pour l'accès à une représentation légale des patient-es, et dénoncèrent publiquement des abus dans un certain nombre d'asiles, provoquant dans certains cas des enquêtes administratives (Hervey, 1986 ; Hunter et Macalpine, 1962). Tout au long de ses activités, qui se déployèrent sur une vingtaine d'années, la société exerça une pression sur la Lunacy Commission, provoquant une réévaluation constante de ses politiques (Hervey, 1986, p. 274).

Pour autant, selon Hunter et Macalpine (1962), cette organisation ne parvint pas à obtenir le soutien public dont elle aurait eu besoin pour avoir un impact direct et puissant sur les réformes législatives, et fut tout au long de son histoire traitée avec dédain, aussi bien par la presse, que par les autorités médicales et politiques (Hervey, 1986 ; Hunter et Macalpine, 1962). D'après Hervey (1986, p. 253), ce manque de succès auprès de l'opinion publique et des pouvoirs médicaux et politiques serait à mettre sur le compte de l'adoption d'une attitude de supériorité envers la Commission in Lunacy ainsi que sur plusieurs erreurs stratégiques réduisant d'autant ses soutiens potentiels : le fait de s'afficher ouvertement comme ex-patient-es, au lieu de s'en cacher, aurait réduit leur crédibilité et heurté les sensibilités des classes supérieures auxquelles ils appartenaient, et qui habituellement patronnaient les organisations caritatives. En outre, leur alignement avec les cercles politiques radicaux aurait restreint ses soutiens à la fois au sein et en dehors du parlement. Finalement, leur opposition à une centralisation des contrôles des asiles et maisons de santé aurait aussi contrarié la Commission in Lunacy, chargée précisément de mettre en place un centre d'expertise centralisé dans ce domaine.

En définitive, l'impact des activités et des idées diffusées par cette organisation auprès de la population, des autorités politiques, juridiques et médicales reste difficile à évaluer. Hervey (1986) soutient néanmoins que celle-ci est parvenue à influencer de manière indirecte une partie des conditions de vie asilaires et des réformes

législatives, en présentant plusieurs projets au parlement¹¹, et en exerçant une pression constante sur la Commission in Lunacy qui – sans nommer leur origine controversée – « plagia » une partie de ses propositions, parfois plusieurs années après que la société les a elle-même défendues¹².

Alors que les activités de The Society for the Alleged Lunatics s'éteignirent au milieu des années 1860 avec le décès d'une partie de ses membres fondateurs (Hervey, 1986, p. 272), une autre organisation, plus polémique encore (Hervey, 1986, p. 245), The Lunacy Law Reform Association¹³, fut créée entre 1872 ou 1874¹⁴ par Louisa Lowe. Cette dernière affirmait avoir été internée sur ordre de son mari pasteur en raison de ses croyances spirites, celui-ci cherchant en outre à mettre la main sur ses biens en la faisant certifier comme « folle¹⁵ ».

À sa sortie de l'asile – et après avoir tenté en vain au cours de son internement de se faire reconnaître saine d'esprit auprès des Lunacy Commissionners afin qu'ils jugent son internement illégal –, Louisa Lowe fut convaincue que les commissaires étaient de connivence avec sa famille et les aliénistes, et qu'ils avaient manqué à leur devoir public de protection de ses droits (Nicholson, 2003, p. 143). Elle tenta de les poursuivre pour ce motif devant la justice, sans succès. Persuadée de l'insuffisance des *Lunacy Laws* pour protéger les patient-es vulnérables, elle forma la Lunacy Law Reform Association et s'engagea durant une dizaine d'années dans le mouvement de réforme, en tant que secrétaire honoraire de cette association (Nicholson, 2003 ; Owen, 1989). Elle tint un registre des internements illégaux ou contestés et s'attacha à les

11 En 1847, 1848, 1851 et 1853 (Hervey, 1986, p. 258).

12 Pour plus de détails voir Hervey (1986).

13 L'« Association pour la réforme de la loi sur la folie ».

14 Différentes dates sont mentionnées par les historien·nes : 1872 (Owen, 1989, p. 154), 1873 (Nicholson, 2003, p. 143) et 1874 (Fauvel, 2005a, p. 54).

15 Pour davantage de détails sur la biographie de Louisa Lowe, voir Nicholson (2003) ; Owen (1989).

faire connaître, mena des actions en justice au nom de celles et ceux qui manquaient de ressources pour le faire par eux-mêmes ou elles-mêmes, multiplia les interpellations écrites auprès des politiques, participa à des conférences publiques et publia des articles et des ouvrages. Dans ses écrits, et notamment dans son ouvrage publié en 1882, *The Bastilles of England*, elle prend appui sur son expérience personnelle et celles d'autres interné-es pour analyser le fonctionnement des lois et y développer ce qui semble être l'une des premières critiques féministes de la psychiatrie (Nicholson, 2003, p. 147). Elle y dénonce surtout le trop grand pouvoir accordé aux aliénistes et l'incapacité des Lunacy Commissioners à protéger les droits et intérêts des patient-es.

Lorsqu'en 1877 le gouvernement chargea un Select Committee d'examiner le fonctionnement des *Lunacy Laws* contre les violations des libertés individuelles, Louisa Lowe saisit l'occasion d'une audition auprès des membres de ce comité pour exposer son propre cas et celui d'autres ancien-nés patient-es (Owen, 1989, p. 196-197). Ses propres espoirs ainsi que ceux d'autres ex-patient-es, placés dans les recommandations que ce comité était chargé d'édicter, furent néanmoins, encore une fois, déçus, le comité accordant peu de crédit à leur parole.

Au bout du compte, l'impact de The Lunacy Law Reform Association auprès des autorités politiques, médicales ou juridiques ainsi que sur la réforme législative de 1890 reste lui aussi difficile à évaluer, cela d'autant plus qu'aucune étude n'a, semble-t-il, été spécifiquement dédiée à cette association¹⁶.

L'activisme de Louisa Lowe et de ses collègues militantes ne serait toutefois pas resté sans effet sur les politiques ainsi que sur les développements des savoirs et de la profession médicale (Fauvel, 2013, 2015). Le *lobbying* qu'elle exerça serait ainsi parvenu à infléchir le parlement, qui, dans sa révision de 1890, alloua de meilleures

16 Aude Fauvel (2013, p. 54) a déjà fait remarquer ce manque de travaux et le fait que l'on ne dispose que de très peu d'information sur le nombre d'adhérents à cette association et sur les membres actifs qui la composent, en dehors du fait qu'il s'agissait surtout de femmes (Fauvel, 2013 ; Nicholson, 2003 ; Owen, 1989).

garanties aux patient-es, cela en renforçant les contrôles sur les procédures d'internement, en offrant de nouvelles voies de recours pour les patient-es jugeant être interné-es à tort et en renforçant le pouvoir des Commissioners in Lunacy responsables de l'inspection des asiles (Fauvel, 2015, p. 400-401).

En plaidant pour une plus grande prise en compte des facteurs sociaux dans la genèse de la « folie féminine » et pour une féminisation de la profession médicale – selon le principe qu'une femme serait mieux à même d'en comprendre une autre (Fauvel, 2013, p. 58) – Louisa Lowe et ses consœurs auraient contribué à infléchir le savoir psychiatrique et à ébranler la vision des experts de la « psyché féminine », la profession médicale commençant à partir des années 1890 à adopter une attitude plus circonspecte envers les femmes (Fauvel, 2013¹⁷).

En définitive, on remarquera ainsi que si les associations de patient-es constituées à partir du milieu du XIX^e siècle en Grande-Bretagne ont placé les questions juridiques au cœur de leurs actions, les critiques qu'elles ont portées, prises dans leur ensemble, ont souvent aussi débordé sur d'autres plans, notamment théorique et institutionnel. En qualifiant les asiles anglais de « nouvelles Bastilles » dans ses écrits, Louisa Lowe dénonça, avec d'autres, leur aspect carcéral ; elle s'en prit surtout au principe même de l'isolement, auquel elle déniait toute valeur thérapeutique.

Face à la mise à jour du phénomène d'enfermement à large échelle, à l'augmentation drastique de la taille des asiles, et aux difficultés afférentes (gérer l'ordre institutionnel, garantir une qualité des soins, les superviser), une partie des aliénistes britanniques se mirent, à partir des années 1850-1860, eux aussi à douter de

17 Aude Fauvel (2013) précise que cette relative ouverture de la profession médicale envers les femmes à la fin du XIX^e siècle n'est pas à mettre sur le seul compte de l'opposition – dans plusieurs domaines de la médecine (gynécologie et psychiatrie) – de femmes patientes face à leurs médecins, mais également sur l'augmentation du nombre des femmes au sein de la profession, conduisant leurs collègues hommes à davantage les côtoyer.

l'efficacité de l'isolement thérapeutique. C'est dans ce contexte qu'ils portèrent attention à des approches de soins alternatives, et que l'hébergement familial des aliéné-es, tel que pratiqué à Gheel en Belgique, devint un modèle vigoureusement débattu parmi les aliénistes¹⁸.

Auparavant, dans les années 1820-1840, la colonie familiale de Gheel avait déjà fait l'objet de visites et de comptes rendus de la part d'aliénistes français et britanniques (Parry-Jones, 1981, p. 203). Mais à partir des années 1850, ce fut un flux de visiteurs de différents pays d'Europe et des États-Unis qui voyagèrent à Gheel dans le but de découvrir, rendre compte et discuter de ce mode de prise en charge, où les aliéné-es étaient accueilli-es dans des familles nourricières rétribuées pour héberger et s'occuper au quotidien des malades (Fauvel et Dupont, 2018 ; Parry-Jones, 1981). Les premiers comptes rendus publiés dans les journaux médicaux britanniques parurent en 1857 et 1858 ; ils se multiplièrent jusque dans les années 1890 (Parry-Jones, 1981, p. 203).

Les jugements des aliénistes sur le modèle de placement familial gheelois étaient contrastés. Les uns mettaient l'accent sur la circulation libre des aliéné-es dans la cité, l'absence ou du moins la limitation de la contention, et l'engagement des aliéné-es dans des occupations quotidiennes dans la communauté. Les autres, au premier rang desquels les directeurs d'asiles, critiquaient surtout le manque de supervision médicale et de traitements médicaux dont ces aliéné-es auraient de leur avis bénéficié s'ils avaient été internés dans un asile. L'expérimentation gheeloise n'avait pour eux aucun bénéfice thérapeutique (Parry-Jones, 1981).

Ce qu'il importe de retenir ici des débats suscités par l'expérience de Gheel durant la seconde moitié du XIX^e siècle, ce n'est pas tant la façon dont elle a fonctionné, que le fait qu'elle ait été investie par des aliénistes réformateurs de différents pays comme un idéal de prise

18 À noter que la colonie de Gheel fait l'objet de débats non seulement parmi les aliénistes britanniques, mais aussi français et américains (Fauvel et Dupont, 2018 ; Grob, 1994, p. 110-116 ; Parry-Jones, 1981 ; Tuntiya, 2007).

en charge « hors les murs », un prototype d'approches alternatives au principe de l'isolement sous-tendant la prise en charge asilaire (Fauvel et Dupont, 2018 ; Parry-Jones, 1981).

Ainsi, à partir des années 1860, l'expérience gheeloise devint une source d'inspiration au développement de différents modes de traitement familial en Grande-Bretagne, en France, en Wallonie, aux États-Unis, en Russie et au Japon (Fauvel et Dupont, 2018 ; Parry-Jones, 1981 ; Tuntiya, 2007). S'agissant de la Grande-Bretagne, c'est surtout en Écosse que la colonie de Gheel donna lieu à de nouvelles expérimentations ; le *Boarding Out System*, consistant à placer des malades en petit nombre (d'un à quatre) dans des familles rémunérées et placées sous la supervision de médecins (Fauvel et Dupont, 2018 ; Parry-Jones, 1981), constituant le mode de prise en charge extra-asilaire qui connaît le plus grand succès à cette époque. Malgré les réticences initiales d'une partie des aliénistes écossais, le *Boarding Out System* se développa rapidement pour concerner près de 30 % des prises en charge des patient-es écossais-es dans les années 1880 (Fauvel, 2015 ; Parry-Jones, 1981). Le *Boarding Out System*, et d'autres variantes du système familial développées dans différents pays, montre, comme le suggèrent plusieurs historien-nes (Fauvel et Dupont, 2018 ; Tuntiya, 2007), que des pratiques de soins alternatives, communautaires ont bien existé avant celles développées par les tenant-es du mouvement antipsychiatrique des années 1960-1970. En dépit du fait qu'elles soient restées minoritaires à l'échelle internationale (Fauvel et Dupont, 2018, p. 34), de telles initiatives ont surtout suscité, dès le milieu du XIX^e siècle, des débats importants parmi les aliénistes.

Dirigeons maintenant notre regard sur le second pays qui a marqué de son influence le développement du dispositif asilaire genevois, la France, et sur les critiques antialiénistes qui ont existé dans ce pays. Comme en Grande-Bretagne, les premières critiques de l'aliénisme viennent du monde extérieur, notamment des patient-es (Carroy-Thirard, 1977 ; Dowbiggin, 1993, p. 129-153 ; Fauvel, 2015). Ces dernier-ères ont sans relâche cherché à faire (re-)connaître leur

expérience de l'asile et des traitements dont ils et elles ont été l'objet, par le biais de témoignages, notamment sous la forme d'écrits (Fauvel, 2008a, p. 55). Or, selon les travaux historiques consacrés à ces écrits publiés en France sous le Second Empire¹⁹, ceux-ci sont pour la plupart édités à compte d'auteur (Fauvel, 2008a, p. 55) et ne connaissent qu'une audience restreinte, le régime se montrant peu enclin à favoriser les contestations politiques et sociales (Carroy-Thirard, 1977, p. 322 ; Dowbiggin, 1993, p. 127-128 ; Quétel, 2009, p. 499).

Ce n'est qu'à partir des années 1860 que la parole des patient-es trouve vraiment audience (Carroy-Thirard, 1977 ; Dowbiggin, 1993, p. 127-153 ; Fauvel, 2015, p. 398), une fois le problème de surpopulation mis à jour et l'efficacité des asiles et le savoir des aliénistes mis en doute par une partie des élites républicaines. Au début de la Troisième République, alors que les réformateurs peuvent s'exprimer plus librement (Fauvel, 2008b, p. 100), les critiques à l'encontre des asiles, de l'« isolement thérapeutique » et du savoir des aliénistes qui le justifient, s'intensifient et prennent davantage d'ampleur encore (Carroy-Thirard, 1977 ; Dowbiggin, 1993, p. 127-153 ; Fauvel, 2005a ; Hochmann, 2015 ; Quétel, 2009). Durant cette période, des personnalités de divers horizons, parmi lesquels des hommes politiques, tels que Léon Gambetta ou Georges Clémenceau, et de nombreux écrivains, dont Jules Vallès, Hector Malot²⁰ ou Octave Mirbeau, « accusent les aliénistes d'avoir abandonné l'idéal de Pinel et d'être devenus de vulgaires bourreaux maltraitant à loisir des malheureux à l'abri derrière les murs des asiles » (Fauvel, 2008b, p. 100). Ces acteurs – qualifiés d'« antialiénistes » à cette époque déjà – plaident tous pour une réforme de la loi de 1838 – qu'ils accusent d'être au service des intérêts des aliénistes, des pouvoirs politiques et des familles – et pour une transformation en profondeur du système de prise en charge des aliéné-es (Carroy-Thirard, 1977 ; Dowbiggin, 1993, p. 127-153 ; Fauvel, 2008b, p. 100).

19 Voir par exemple Carroy-Thirard (1977) ; Fauvel (2005a, 2008b, 2015) ; Hochmann (2015) ; Ripa (2010).

20 Pour plus de détails voir par exemple Fauvel (2005b, 2008a).

Ces personnalités, parce qu'elles cherchent à défier l'autorité des aliénistes, accordent un intérêt et une valeur nouvelle aux écrits des patient-es dénonçant les procédures de leur internement ainsi que les conditions de vie et de traitement de l'univers asilaire dont ils ou elles ont fait l'expérience. La presse pour sa part, et en particulier la presse d'opposition portée par les républicains, publie des lettres d'interné-es et relaie les témoignages oraux portés devant les cours de justice ou les autorités politiques – notamment ceux de Léon Sandon²¹ et d'Hersilie Rouy²², pour ne citer que deux exemples parmi les aliéné-es devenu-es célèbres au cours de la seconde moitié du XIX^e siècle en France – et s'inspire de ces récits pour lancer des campagnes de presse antialiénistes²³.

Ainsi, d'après Fauvel (2015), la parole des aliéné-es n'a pas été entièrement étouffée durant la période asilaire, contrairement à ce qu'a pu laisser croire un courant historiographique longtemps dominant (Foucault, 1976) : « La crise antialiéniste permetta[ît] à certains patients de faire porter leur voix hors de l'espace médical » (Fauvel, 2015, p. 398). Pour Hochmann toutefois (2015, p. 70), les journalistes

21 Plusieurs journaux nationaux de l'époque, dont *La Lanterne*, se penchent sur l'affaire de l'internement de Léon Sandon, un avocat républicain, en conflit avec Adolphe Billaut, également avocat de profession, ayant eu une carrière politique de première importance sous le Second Empire (Carroy-Thirard, 1977, p. 329-331 ; Dowbiggin, 1993, p. 137 ; Fauvel, 2005b, p. 46 ; Hochmann, 2015, p. 43). Selon Jacques Hochmann (2015, p. 50), ce sont essentiellement le concept de monomanie – une forme de folie partielle sur lesquels les aliénistes fondent leur autorité, déclarant qu'eux seuls disposent du savoir pour la diagnostiquer – et l'accusation d'internement arbitraire ou de « laxisme complice » sur lesquels portent les campagnes de presse, la psychiatrie étant soupçonnée d'être « au service des puissants ».

22 Hersilie Rouy, professeure de piano, compositrice et musicienne, est internée à la demande de son frère en 1854 à l'âge de 40 ans, pour une période de quatorze ans. En 1878, après de nombreuses démarches judiciaires et politiques, elle obtient une indemnité significative de l'État pour séquestration illégale. Des journaux locaux et nationaux couvrent ses revendications et les différentes procédures engagées, notamment devant la nouvelle Assemblée nationale, la Chambre des députés et les ministres de la Justice et de l'Intérieur. Elle décède en 1881, mais ses actions et la publication posthume de ses mémoires en 1883 alimentent la polémique, nourrie par d'autres acteurs, tels que des romanciers et des médecins ainsi que les débats sur des projets de révision de la loi de 1838. Pour plus de détails, voir Appignanese (2009) ; Fauvel (2005a, 2005b) ; Hochmann (2015) ; Ripa (2010) ; Wilson (2010).

23 Pour plus de détails sur ces campagnes de presse antialiénistes voir par exemple Carroy-Thirard (1977) ; Dowbiggin (1993, p. 127-153) ; Fauvel (2002, 2005a) ; Hochmann (2015) ; Quézel (1982).

et politiques antialiénistes se sont parfois aussi saisis de la révolte de ces aliéné-es qu'ils ont contribué à rendre célèbres, pour promouvoir leurs propres idées. En les utilisant « comme arme pour la défense de la liberté individuelle, la promotion des valeurs de la République et la dénonciation des relents bonapartistes ou d'ordre moral symbolisés par les applications de la loi de 1838 » (Hochmann, 2015, p. 70), ils les auraient ainsi parfois dépossédé de leur propre combat. Par ailleurs, tout le monde n'était pas d'avis qu'il faille accorder davantage de légitimité à leur parole qu'à celle des médecins. Cela dit, ce mouvement antialiéniste lancé et entretenu à l'extérieur du monde médical a bien contribué à accorder davantage de valeur à la parole de celles et ceux qui sont ou ont été interné-es (Carroy-Thirard, 1977 ; Dowbiggin, 1993 ; Fauvel, 2008b, p. 100).

Les aliénistes eux-mêmes ne sont pas insensibles à cette vague de critiques antialiénistes. Tout comme en Grande-Bretagne, en France, une partie d'entre eux – issus pour la plupart d'une nouvelle génération – remettent aussi en cause la portée thérapeutique de l'isolement asilaire (Fauvel, 2006, 2007). Des dissensions se dessinent alors au sein de la profession, et en 1897, à l'issue de plusieurs débats et d'un congrès mouvementé, une crise éclate, opposant les aliénistes français « classiques » ou conservateurs, qui refusent de remettre en cause l'asile et défendent le *statu quo*, aux aliénistes français « modernes » ou progressistes, partisans des réformes (Fauvel, 2006, 2007²⁴).

Partant du constat que le modèle aliéniste est un échec, tant du point de vue du modèle théorique « moral » de l'aliénation mentale que du point de vue thérapeutique, les « modernes » plaident pour une étiologie somatique, nerveuse, cérébrale, de l'aliénation et défendent que même en

24 À noter qu'avant la fin du XIX^e siècle, en France, en dehors de quelques médecins mineurs, la profession médicale dans son ensemble s'attacha à tourner en dérision et à délégitimer les critiques des écrivains, journalistes et aliéné-es et à réclamer davantage de moyens pour faire face au défi posé par la forte croissance de la population asilaire (Fauvel, 2005a, 2015). Par ailleurs, aucune association de patient-es n'a été recensée par les historien-nés avant les années 1960, la première association identifiée, l'« Union nationale des familles et anciens malades mentaux », étant créée en 1963 (Henckes, 2011).

cas de « dégénérescence²⁵ », les aliéné·es peuvent toujours être soigné·es. Pour eux, il y a lieu d'en finir avec « l'isolement thérapeutique », et de le remplacer par une « hygiène de la liberté » favorisant le placement en « colonies familiales » – en suivant là aussi le modèle de l'hébergement familial des aliéné·es existants à Gheel en Belgique – et de transformer l'asile en un hôpital « normal » (Fauvel, 2004).

En plaidant pour l'abandon du modèle asilaire – avec ses « asiles-casernes » ou « renfermeries de fous » comme il leur arrive de les qualifier au moment fort de la crise (Fauvel, 2004, p. 72) – ces jeunes aliénistes rejoignent la principale revendication du mouvement anti-aliéniste, qui peut dès lors s'appuyer sur une partie de la corporation médicale pour exiger une réforme du dispositif asilaire. Du côté des pouvoirs publics, à la fin du siècle, la décision sera prise d'engager un processus de révision législatif de la loi de 1838, et de financer des modes alternatifs de soins basés sur d'autres principes que l'isolement asilaire, tels que les « colonies familiales » (Fauvel, 2007, p. 224). Plusieurs projets de loi seront successivement débattus au cours de cette période – en 1882, 1886, 1893, 1907 – sans toutefois aboutir, la loi de 1838 n'ayant été révisée qu'en 1990 (Fauvel, 2015, p. 399).

En définitive, si le discours des patient·es eut une visibilité et surtout une influence dans l'espace politique, sur les changements législatifs, et dans une certaine mesure sur les savoirs aliénistes, beaucoup plus importante en Grande-Bretagne qu'en France, il n'en reste pas moins que les processus de réformes engagés de part et d'autre de la Manche ne remédièrent ni aux problèmes de surpopulation ni aux conditions hospitalières délétères (Fauvel, 2015, p. 400). En France, il faudra attendre la Libération pour qu'un nouveau mouvement réformateur se développe, porté essentiellement par des psychiatres partisans du « désaliénisme », engagés dans le combat politique ou syndical, tels Lucien Bonnafé, Georges Daumézou ou François Tosquelle²⁶. Marqués par les années

25 Pour une histoire de la diffusion de cette notion au sein de la communauté psychiatrique en France durant la seconde partie du XIX^e siècle, voir Coffin (2003).

26 Pour une étude sociohistorique approfondie de ce mouvement, voir Henckes (2007).

noires de l'Occupation, le décès en masse de malades pendant cette période, et influencés par de nouvelles approches qu'ils contribuent à développer, dont la « psychothérapie institutionnelle », ceux-ci participeront à ce mouvement de dénonciation de l'institution asilaire (Henckes, 2007), auquel contribueront également de nouveaux romanciers et journalistes (Quétel, 2009).

1.2 Critique antialiéniste à Genève : « l'affaire Coindet »

Dans son édition du 1^{er} avril 1856, le *Journal de Genève* commente un événement :

« Il y a quelques jours, le bruit s'était répandu que M. le docteur Coindet, médecin principal de la maison cantonale des aliénés, venait d'être révoqué de ses fonctions par le Conseil d'État. Quant à nous, nous avons commencé par mettre en doute cette rumeur, d'abord parce qu'il nous semblait impossible que le Conseil d'État se fût décidé à prendre une mesure aussi grave vis-à-vis d'un homme qui avait été en quelque sorte le créateur de cet établissement, et qui, pendant vingt-deux ans, avait présidé à sa direction médicale avec un soin, une activité et un désintéressement qui ont fait de notre maison cantonale des aliénés un établissement modèle de son genre [...]. Néanmoins, rien n'est plus exact. M. le docteur Coindet nous a communiqué les deux pièces suivantes, que nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs. La première de ces pièces est une lettre adressée par le chancelier à M. le docteur Coindet, en date du 19 mars et qui est ainsi conçue :

Monsieur,

Le Conseil d'État, informé de ce qui s'est passé relativement à la détention arbitraire de la jeune E. B. dans l'hospice d'aliénés, me charge de vous inviter à donner votre démission des fonctions que vous exercez dans cet établissement. Ce corps serait ainsi exempté d'avoir à prendre à ce sujet un arrêté qui pourrait vous être désagréable.

Veuillez agréer, etc.

Au nom du Conseil d'État

Le chancelier,

Marc Viridet. »

(Cité par Bonard, 1984, p. 50-51)

Avant de revenir plus en détail sur cet épisode de la psychiatrie genevoise du milieu du XIX^e siècle, rappelons que Charles Coindet occupe la fonction de médecin principal de l'asile cantonal des Vernets (ou Vernaies²⁷) en 1856, lorsqu'il est accusé publiquement de l'« internement arbitraire » de cette jeune fille, puis destitué par le Conseil d'État. Pour comprendre le contexte dans lequel cette affaire surgit, il est utile ici de décrire brièvement la mise en place du dispositif asilaire genevois quelques années auparavant.

À Genève, deux institutions « modernes » consacrées aux aliénés toutes deux fondées sur le principe de l'isolement énoncé par Pinel, puis développé par Esquirol, voient le jour au cours du XIX^e siècle : l'asile des Vernets ouvert en 1838, auquel succédera celui de Bel-Air en 1900. Charles Coindet, aliéniste et fervent militant de la construction d'une maison de santé au sein du Conseil représentatif, est nommé médecin-chef du nouvel asile des Vernets. Il restera en fonction jusqu'au printemps 1856, période de crise durant laquelle il sera révoqué.

Les médecins genevois, qui au début du XIX^e siècle participent activement, avec d'autres notables locaux, à la mise en place du dispositif asilaire à l'échelle cantonale, ont effectué leurs études à l'étranger, notamment à Paris, Londres et Édimbourg (Brulhart, 2002, p. 163 ; Cicchini et Maugué, 2021 ; Fussinger et Tevaearai, 1998, p. 21, p. 173-174). Suite à la Terreur genevoise de 1794 puis à l'annexion française, de nombreux Genevois ont émigré outre-Manche (Bonard, 1984, p. 39). De retour à la Restauration, ceux-ci accèdent à nouveau à de hautes fonctions au sein de la République et font circuler au sein du patriciat genevois des idées en vigueur en Grande-Bretagne, notamment en matière de prise en charge psychiatrique et carcérale.

Gaspard de la Rive, fort de la richesse de la famille dont il est issu et de son expérience en Grande-Bretagne, a marqué de son

27 Les deux orthographes coexistent. Dans la suite du texte, j'opterai pour celle des « Vernets », excepté lors de citations directes de sources mentionnant « Vernaies ».

autorité les débuts de l'« aliénisme » naissant, de la toute fin du XVIII^e siècle, jusqu'à son décès en 1834, comme le fait remarquer Armand Brulhart (2002, p. 165), auteur d'une histoire en deux volumes de la psychiatrie genevoise de ses origines aux années 2000 (2002, 2003a). Condamné par le tribunal révolutionnaire genevois en 1794, de la Rive se réfugie à Londres puis à Édimbourg, où il obtient son doctorat en médecine et devient président de la Société royale de médecine (Brulhart, 2002 ; Cicchini et Maugué, 2021 ; Fussinger et Tevaearai, 1998, p. 21, p. 174). Il visite ensuite les principaux asiles d'aliéné-es de Grande-Bretagne et, frappé par leur fonctionnement, en publie une description en 1798 dans la *Revue britannique*, dans laquelle il cite en exemple la *Retraite*, l'asile de Quarkers situé près de York, fondé par William Tuke (Brulhart, 2002 ; Fussinger et Tevaearai, 1998, p. 21, p. 174²⁸). De retour à Genève, il enseigne la chimie pharmaceutique à l'Académie (Brulhart, 2002, p. 165 ; Cicchini et Maugué, 2021, p. 78) et, dès 1802, est chargé du soin des aliéné-es alors placés à la « discipline²⁹ », avant que ceux-ci soient transférés à la maison de Corsier sous la menace d'une épidémie de choléra (Brulhart, 2002, p. 165 ; Cicchini et Maugué, 2021 ; Fussinger et Tevaearai, 1998, p. 25 ; Montandon, 1978³⁰). S'inspirant du modèle de soins quaker, Gaspard de la Rive participera durant plus de trente ans aux débats, au sein du Conseil représentatif, sur la construction d'un asile d'aliéné-es (Brulhart, 2002, p. 18 ; Fussinger et Tevaearai, 1998,

28 Philippe Pinel se servira de cette première description de la *Retraite* dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, alors que Michel Foucault (1976) reprendra plus longuement le même passage (Brulhart, 2002, p. 17).

29 La « Discipline » était une annexe de l'hôpital général où étaient enfermées les catégories des « pauvres », « mendiants », « vagabonds », « délinquants », « prostituées », « enfants difficiles » et autres personnes jugées en rupture avec le système social (Bonard, 1984 ; Brulhart, 2002 ; Montandon, 1978).

30 Dans un article consacré à la maison de Corsier, les deux historiens Marco Cicchini et Ludovic Maugué (2021) montrent que le choix d'établir les aliéné-es dans celle-ci résulte, bien davantage que d'une menace sanitaire, d'une conception de l'aliénation mentale qui allie ambition thérapeutique aux volontés d'ordre public et de gestion administrative de l'anormalité psychique ou sociale.

p. 21-25, p. 174³¹) qui ne verra le jour qu'en 1838, soit quelques années après son décès.

Ce n'est toutefois pas Gaspard de la Rive qui le premier fit au Conseil représentatif la proposition, en 1817, d'un nouvel asile d'aliéné-es, mais son ami Étienne Dumont, ancien pasteur, ami de Mirabeau, et disciple du philosophe et publiciste Jeremy Bentham (Brulhart, 2002, p. 40). Après des études de théologie à l'académie de Genève, Dumont émigra en 1784 à la suite d'une mesure de censure à Saint-Pétersbourg puis à Londres où il deviendra un proche collaborateur de Bentham, dont il traduira les œuvres utilitaristes. Adeptes des idées de celui-ci – dont celle d'un dispositif architectural de type panoptique facilitant la surveillance dans les institutions carcérales et asilaires – Dumont tenta de convaincre le Conseil représentatif et le Conseil d'État de la nécessité de construire un asile moderne. Dix ans après avoir soumis sa proposition – tout d'abord rejetée sur la base essentiellement d'arguments économiques (Brulhart, 2002, p. 40) –, une commission sera finalement chargée par le Conseil d'État de réunir les informations utiles à la construction d'une telle institution, y compris des plans d'architecture d'asiles en France et en Grande-Bretagne (Brulhart, 2002, p. 73 ; Fussinger et Tevæearai, 1998, p. 22-31). Ce premier asile moderne de Suisse, l'asile des Vernets, sera finalement conçu en adaptant les plans de Wakefield, en Angleterre, que Gaspard de la Rive a lui-même obtenu de Samuel Tuke (Bonard, 1984, p. 35 ; Brulhart, 2002, p. 73), le petit-fils de William Tuke.

Charles Coindet est nommé à la tête de cet asile, dès son ouverture en 1838. Aliéniste hygiéniste bourgeois, celui-ci a effectué ses études de médecine à l'académie de Genève, à Paris, puis, à l'instar de son père également médecin, à Édimbourg où il obtint son doctorat en chirurgie (Barras, 2005 ; Bonard, 1991, p. 360 ; Brulhart,

31 Précisons que la position de Gaspard De la Rive vis-à-vis de la construction d'un asile d'aliéné-es à Genève fut marquée par une certaine ambivalence, puisque celui-ci s'opposa dans un premier temps à la création d'un nouvel établissement en défendant le recours à des bâtiments existants, puis en plaidant en faveur des modèles d'établissement les moins coûteux (Fussinger et Tevæearai, 1998, p. 21-25, p. 174).

2002, p. 170 ; Fussinger et Tevaearai, 1998, p. 173). De retour à Genève, Charles Coindet exerce d'abord la médecine sous l'égide de son père – ce dernier ayant par ailleurs pris part aux premiers débats sur la construction de l'asile afin d'y défendre les asiles privés. Charles Coindet se consacre bientôt essentiellement au traitement des maladies mentales, avant de succéder à Gaspard de la Rive – décédé en 1834 – à la direction de la maison de Corsier, où les aliéné-es avaient été placés depuis leur départ de la « Discipline » en 1832 (Bonard, 1991, p. 361 ; Brulhart, 2002, p. 170-171 ; Fussinger et Tevaearai, 1998, p. 173). Membre fondateur de la Société de médecine de Genève (1823), professeur suppléant de médecine légale (1843-1846), Charles Coindet milite lui aussi en faveur de la construction d'une maison de santé au sein du Conseil représentatif genevois dont il est membre depuis 1828. Personnalité représentative de la Genève de l'après-Restauration (Bonard, 1991, p. 359), il s'intéresse aux questions d'hygiène publique, à la vie politique et culturelle, et dispose d'un réseau de relations étendu dans le monde académique et dans celui des affaires³².

Influencé notamment par les idées de Samuel Tuke en matière de théories et techniques thérapeutiques de l'aliénation (Bonard, 1991, p. 361), Charles Coindet croit davantage en la vertu du « traitement moral » dont il se fait le promoteur, qu'en celle des médicaments (Brulhart, 2002, p. 175).

De façon plus générale, au cours de cette période, les idées provenant de Grande-Bretagne marquent les développements de la médecine sur le territoire genevois. Outre les aliénistes Gaspard de la Rive et Charles Coindet, plusieurs futurs médecins se déplacent à Londres et Édimbourg pour étudier auprès d'éminents professeurs (Bonard, 1984, p. 39). Toutefois, en dépit de l'attrait que peuvent revêtir les idées et techniques de prise en charge de l'aliénation mentale

32 Notamment par le biais du mariage de sa fille, Adèle Marie Adrienne, à un homme appartenant à une famille de banquiers occupant une place importante dans les milieux financier et industriel genevois du début du XIX^e siècle (Bonard, 1984, p. 47, 1991, p. 360).

provenant de Grande-Bretagne pour les médecins et notables genevois de l'époque d'une part, et de la méfiance qu'ils peuvent avoir à l'égard de ce qui provient de l'ancienne force occupante – la France – d'autre part, la première proposition de construction d'un asile soumise par Dumont au Conseil représentatif s'appuie de manière prépondérante sur les idées de Pinel (Brulhart, 2002, p. 70).

Lorsque les instances politiques genevoises s'engagent dans la construction du premier asile de Suisse, celles-ci jugent également nécessaire de se doter d'une nouvelle loi, intitulée « Loi sur le placement et la surveillance des aliénés ». Or, comme le souligne Armand Brulhart (2002, p. 56), lorsque dans les milieux psychiatriques on évoque la loi de 1838, on suppose généralement qu'il est fait référence à la loi française qui, en dépit des nombreuses critiques dont elle a fait l'objet, est restée en vigueur durant plus de 170 ans. Pourtant, la loi genevoise précède de quelques mois la loi française : la première étant adoptée le 5 février, la seconde le 30 juin. Les auteurs du projet de loi genevoise se sont toutefois inspirés du projet français pour lui emprunter plusieurs dispositions importantes (Brulhart, 2002, p. 56). Tout comme la loi française, la loi genevoise se fonde sur le principe de l'isolement « thérapeutique », énoncé par Pinel, puis développé par Esquirol.

Dans la Loi sur le placement et la surveillance des aliénés du 5 février 1838, les législateurs genevois décidèrent de confier la compétence d'interner – ainsi que celle, plus générale, du contrôle des établissements – au Département de justice et police (Bonard, 1984, p. 36 ; Montandon, 1978, p. 245). Ainsi, c'est sur ordre du lieutenant de police lui-même, et sans certificat médical obligatoire, qu'une autorisation d'entrée et de sortie des asiles, publics et privés, est alors délivrée. Ce système policier a bien entendu depuis été dénoncé de part et d'autre (Bonard, 1984, p. 37). Pour autant, nous le verrons dans la suite de ce chapitre, ce ne sera pas tant le pouvoir ou la compétence confiée au lieutenant de police qui, dans le cas de l'épisode de 1856, seront mis en cause, que ceux de l'aliéniste ratifiant et justifiant la décision de l'internement, en l'occurrence le docteur Charles Coindet.

Cet épisode houleux de la psychiatrie genevoise du XIX^e siècle, qui défraie alors la chronique sous l'appellation de « l'affaire Coindet », a depuis retenu successivement l'attention de plusieurs historiens, parmi lesquels Claude Bonard (1984) et Armand Brulhart (2002), deux historiens dont les noms et travaux ont déjà été évoqués plus haut, et plus récemment Gaspard Aebischer (2022).

Dans un mémoire qui lui est entièrement dédié, Claude Bonard situe cette affaire dans le prolongement « de la profonde transformation du paysage sociopolitique genevois qui suit la révolution radicale de 1846 » (1984, p. 11), laquelle voit s'opposer « aliénistes et médecins au pouvoir » (1984, p. 98). Gaspard Aebischer (2022) partage et étaye cette interprétation dans une étude consacrée à l'engagement politique des praticiens genevois de la Restauration aux révolutions radicales (1814-1856), et n'hésite pas à qualifier de véritable « épuration³³ » ou « purge » les différentes manœuvres des autorités politiques pour écarter les médecins non radicaux au sein des institutions genevoises. Dans une perspective quelque peu différente, mais non moins complémentaire, Armand Brulhart (2002) intègre dans son analyse des faits les contenus des critiques adressées par des médecins et chirurgiens au pouvoir à l'aliéniste Charles Coindet.

Revenons sur les événements de cette affaire. En date du 26 mars 1856, le conseiller d'État radical en charge du Département de justice et police, Duchosal, lui-même médecin, communique par l'entremise du chancelier de la République et du canton de Genève à Coindet qu'il est révoqué de sa fonction de médecin principal de l'hospice des aliéné-es des Vernets. Le motif invoqué est la détention arbitraire d'une jeune fille de 14 ans, évadée à plusieurs reprises de l'école de couture qu'elle fréquentait. La presse locale s'empare de l'affaire qui retentit dans toute la Suisse, les journaux de Berne et de Zurich s'en faisant également le relais (Brulhart, 2002, p. 171).

33 Aebischer reprend à cet endroit les termes employés par Erwin Ackerknecht (1977) dans un article consacré aux membres genevois de la « Société médicale d'observation » de Paris, fondée en 1832, lorsque celui-ci évoque le limogeage, en 1856, des médecins « aristocrates » par le gouvernement de James Fazy.

Le *Journal de Genève* – quotidien représentant alors l'opposition de tendance libérale, et premier journal à commenter l'événement – s'érige en défenseur de Coindet³⁴ et l'invite à publier une lettre de réponse dans laquelle celui-ci invoque deux arguments pour réfuter l'accusation d'une décision arbitraire d'internement (Bonard, 1984, p. 50). Premièrement, il a pu constater, après avoir été alerté par « deux dames, connues à Genève par leur active bienfaisance » (Coindet, 20 mars 1856, cité par Bonard, 1984, p. 52), puis s'être personnellement entretenu avec la jeune fille, que cette dernière souffrait de « dérangements d'esprit subits et intermittents » (Coindet, 20 mars 1856, cité par Bonard, 1984, p. 53) pouvant expliquer ses évasions non motivées. Deuxièmement, le placement de cette jeune fille s'est effectué de manière parfaitement légale et régulière, puisqu'il s'est donné la peine de solliciter en personne l'autorisation de placement auprès du conseiller d'État Duchosal qui l'a contre-signée (Coindet, 20 mars 1856, cité par Bonard, 1984, p. 53). De son côté, *La Revue de Genève* – quotidien d'obédience radicale, opposé à la bourgeoisie libérale conservatrice (Bonard, 1984, p. 30) – se pose en défenseur du Conseil d'État et fustige l'attitude de l'aliéniste : « Sur la demande de deux personnes charitables, de deux dames pieuses, le Dr Coindet, médecin de l'hospice des aliénés, fait entrer dans cet établissement une jeune personne qui n'a d'autre maladie d'esprit que celle de ne pas chérir son protectorat. » (2 avril 1856, cité par Bonard, 1984, p. 54)

Face aux attaques dont fait l'objet leur collègue aliéniste, une large majorité des membres de la Faculté de médecine³⁵ lui adressent une lettre de soutien, publiée dans le *Journal de Genève*, dans laquelle ils fustigent les deux médecins délégués par le conseiller d'État – François-Isaac Mayor fils et Jean-Georges Péliissier, tous deux radicaux (Aebischer, 2022, p. 79) – pour avoir accepté un mandat qu'à leurs yeux « les convenances les obligeaient à refuser »

34 À noter que Charles Coindet a compté parmi les fondateurs du quotidien en 1826 (Aebischer, 2022, p. 24 ; Bonard, 1991, p. 361).

35 Aebischer compte 50 signataires parmi les 62 membres agréés de la faculté (2022, p. 79).

(8 avril 1856, cité par Bonard, 1984, p. 59). À la suite de cette manifestation publique de soutien, le Conseil d'État révoque également plusieurs médecins signataires³⁶.

Pour l'historien Claude Bonard, ce sont les déterminants socio-politiques « issus de la révolution radicale de 1846 qui secoua Genève » (1984, p. 15) qui façonnent les enjeux de cette affaire. Le gouvernement radical, présidé par James Fazy, « cherchant à faire triompher les idéaux démocratiques issus [de la révolution genevoise] de 1846 » (1984, p. 63), face aux « forces conservatrices représentées par le corps médical et la Faculté de médecine » (1984, p. 63) qui se posent en défenseur de Coindet. Cette thèse est également partagée et défendue par Gaspard Aebischer (2022), lequel souligne que les quelques médecins et chirurgiens de la faculté ayant refusé de signer la lettre de soutien à Coindet sont tous, ou presque, radicaux ; que le médecin nommé pour succéder à ce dernier à l'asile des Vernets, Marc Olivet, est lui aussi un radical ; et enfin, que les praticiens écartés des institutions genevoises dans les suites de cette affaire l'ont été en raison du soutien qu'ils ont apporté publiquement à Coindet et qu'ils ont eux aussi été remplacés par des praticiens radicaux. Dans cette appréhension historique des faits, les motifs et enjeux sont essentiellement, voire exclusivement, d'ordre politique.

La version proposée par Brulhart (2002, p. 171-173) de cet épisode de la psychiatrie genevoise n'écarte pas la dimension proprement politique mise en évidence par Bonard (1984), et étayée davantage encore par Aebischer (2022), elle lui est complémentaire et étoffe quelque peu l'analyse. En situant la critique adressée par les deux médecins mandatés par le Conseil d'État à l'encontre de la profession d'aliéniste par rapport à l'aliénisme naissant ainsi qu'au sein de la société genevoise du milieu du XIX^e siècle, la perspective de Brulhart invite à tenir compte de dynamiques supplémentaires,

36 Il s'agit notamment des Dr Figuière, médecin du corps de la gendarmerie, et Dr D'Espine, médecin employé aux prisons (Bonard, 1984, p. 61-62). Sur ce point, voir également Aebischer (2022, p. 80-81).

internes et externes au monde médical. Revenons pour cela sur les faits tels qu'il en a été rendu compte dans la presse genevoise.

Invité par le *Journal de Genève* à s'exprimer, Charles Coindet cherche à faire valoir publiquement son expertise en livrant les éléments sur lesquels il affirme avoir fondé son jugement, et fait appel à l'autorité de ses collègues aliénistes. Il explique ainsi qu'après avoir interrogé la jeune fille :

« sur l'emploi de son temps et sur ses moyens de subsistance pendant ces longues heures d'égarement, elle me répond de manière confuse, incohérente, et moins comme une enfant qui craint que comme une enfant qui ne se souvient pas. Elle ne peut assigner aucun motif à ses écarts ; et, en particulier, je me suis assuré qu'elle n'avait pas été châtiée ni même réprimandée avec dureté. Sans doute on ne pouvait méconnaître ici les effets du vice ; mais n'y avait-il que cela ? N'y avait-il pas aussi du dérangement d'esprit ? Ce fut mon opinion. Ces dérangements d'esprit subits et intermittents ne sont pas rares à cet âge, surtout chez les filles ; c'est un fait bien connu des médecins aliénistes » (Coindet, 1^{er} avril 1856, cité par Brulhart, 2002, p. 172, p. 265³⁷).

Brulhart (2002, p. 265) rappelle – en renvoyant sur ce point à l'ouvrage de Gladys Swain *Le Sujet de la folie : naissance de la psychiatrie* (1977) – que l'idée d'une aliénation dont la manifestation serait intermittente fut développée par Pinel et était répandue parmi les aliénistes de l'époque³⁸.

Il remarque (Brulhart, 2002, p. 172) que les deux médecins mandatés par le Conseil d'État – au-delà du cas de la jeune fille

37 Armand Brulhart ne cite pas le début des propos tenus par Charles Coindet dans le *Journal de Genève* du 1^{er} avril 1856, que l'on peut toutefois retrouver chez Claude Bonard : « Placée depuis environ neuf mois dans cette école de couture, elle s'était évadée cinq ou six fois à la suite d'un changement d'humeur brusque et sans motif ; elle était ramenée par les agents de la police de nuit, qui la trouvaient errante sur la voie publique ; elle témoignait alors de repentir, se conduisait bien pendant quelque temps, puis, tout à coup, sa disposition s'altérait et elle s'évadait de nouveau. Ces échappées, la dernière en particulier, ont duré jusqu'à trois jours. Interrogée sur l'emploi de son temps [] » (Coindet, cité par Bonard, 1984, p. 52).

38 Cette idée se cristallisa dans le diagnostic de « folie intermittente » ou « circulaire ». À noter toutefois que les deux médecins mandatés par le Conseil d'État ne s'en prennent pas uniquement à cette catégorie spécifique d'aliénation mentale, puisqu'ils contestent plus fondamentalement l'existence même de toute forme d'aliénation – intermittente ou pas – chez la jeune fille internée.

dont il est question dans cette affaire – remettent directement en cause la légitimité de la spécialité de l'aliéniste en lui déniaient tout savoir et compétence médicaux propres. La compétence spécifique du « praticien aliéniste », pour reprendre le vocabulaire utilisé par ces protagonistes dans le *Journal de Genève*, relèverait d'un simple savoir-faire acquis dans l'expérience de la direction du traitement :

« Entre nous, vous savez depuis longtemps que l'étudiant qui sort des bancs de l'école en sait aussi long sur la question du diagnostic de la folie que le plus célèbre des aliénistes connus. Ce qui différencie le praticien aliéniste d'un médecin quelconque, c'est le savoir-faire, le tact dans la direction du traitement des aliénés, ce n'est pas la puissance du diagnostic » (Mayor et Pélissier, 8 avril 1856, cité par Brulhart, 2002, p. 172).

Relevons au passage une dimension supplémentaire à celles qui ont été évoquées jusque-là, celle du choc causé par la prise de position anticollégiale de Mayor et Pélissier au sein du corps médical, une attitude révélatrice des tensions internes qui habitent alors et par moments la profession. Pour Brulhart, ces deux médecins ne se privent pas dans cette situation d'exploiter l'image négative de l'asile au sein de la société civile genevoise pour faire valoir leurs propos et jeter le discrédit sur leur confrère : « Nous croyons [...] que le public se défiera avec raison d'un savoir qui aurait pour résultat de faire conduire aux Vernaises toutes les petites filles qui ne sont pas sages et tous les petits garçons qui ont de mauvaises habitudes » (Mayor et Pélissier, 8 avril 1856, cité par Brulhart, 2002, p. 172).

« Ces attaques de défiance – affirme l'historien – exploitaient le sentiment ou le ressentiment de l'opinion publique vis-à-vis de "l'asile des fous" et mettaient en relief la situation délicate de l'aliéniste » (Brulhart, 2002, p. 172). Cette démarche s'avère d'autant plus efficace, explique-t-il, que la profession d'aliéniste n'était pas encore organisée à l'échelle fédérale. Le faible ancrage de la médecine mentale au sein de la médecine permettrait donc de rendre compte qu'en dépit de ses arguments, de sa réputation au sein du patriciat genevois, et du fait qu'il dirigeait l'asile des Vernets depuis seize ans, Charles Coindet se trouva assez rapidement isolé, rendant

le maintien de sa révocation par le Conseil d'État d'autant plus aisé selon l'historien.

En définitive, si l'on suit l'interprétation de l'événement proposée par Brulhart, l'explication politique d'une révocation orchestrée par les radicaux au pouvoir, livrée par Bonard (1984) et reprise par Aebischer (2022), pourrait ne pas suffire à rendre pleinement compte des rapports de force et des enjeux de cet épisode de l'histoire de la psychiatrie genevoise du milieu du XIX^e siècle.

L'analyse historique livrée par Brulhart (2002) comporte toutefois elle aussi des limites. Arrêtons-nous un instant ici sur celle qui apparaît être la plus importante au regard du sujet traité dans le présent ouvrage. Brulhart, en invoquant le ressentiment de la société genevoise du milieu du XIX^e siècle envers « l'asile des fous », aborde une dimension sociale et culturelle complémentaire à l'historiographie proposée par Bonard (1984) et Aebischer (2022). On peut cependant regretter que cette perspective sociale et culturelle ne soit pas poussée plus avant et que les éléments qui permettraient de rendre compte des manières par lesquelles ce « ressentiment » de l'opinion publique vis-à-vis de « l'asile des fous » s'exprime et s'incarne ne soient pas davantage pris en compte et décrits³⁹. Autrement dit, si un mouvement antialiéniste, du moins diffus, a pu exister à Genève, quelles sont les formes et quelle est l'ampleur que celui-ci a pu prendre dans ce contexte sociopolitique et culturel de la société genevoise du milieu du XIX^e siècle ? Quels en ont été les opérateurs et les opérations de traduction dans l'espace public ? Des journalistes et des journaux s'en sont-ils faits précédemment, ou durant cet épisode, les porte-paroles ? À quel moment et sous l'action de quelles actrices (ex-internées, politiciens, romanciers, journalistes, avocats, médecins) le (res)sentiment évoqué par Brulhart a-t-il pu émerger et le cas échéant se développer ? Au-delà d'une instrumentalisation directe de l'antialiénisme à des fins politiques par les

39 Les remarques faites ici prolongent sur un aspect spécifique, l'une des critiques adressées par Vincent Barras à l'ouvrage publié par Brulhart, d'un manque d'exploration des rapports de l'asile (ou de l'hôpital psychiatrique) et de la cité, celui-ci ayant pour conséquence de laisser apparaître l'établissement « comme une monade, isolée, autonome, soumise à ses propres lois et à son devenir interne » (Barras, 2003, p. 106).

médecins radicaux au pouvoir, des témoignages de patient·es, des romans d'asiles ou d'autres écrits encore ont-ils été publiés à compte d'auteurs ou par des maisons d'édition ? Des plaintes auraient-elles éventuellement été portées devant l'administration ou les instances judiciaires ? Des juristes auraient-ils investi de telles causes ? Ces questions qui à ce jour restent ouvertes invitent à de nouvelles enquêtes et à étudier plus finement, à partir de sources variées, comment l'univers des aliéné·es a pu être perçu de l'extérieur par la société genevoise du milieu du XIX^e siècle, cela par d'ancien·nes patient·es, des proches, des politiques, des écrivains, des juristes ou avocats, ou encore des journalistes. Restons pour l'instant sur cette hypothèse de l'existence d'un mouvement antialiéniste diffus durant les années qui suivent la révolution radicale à Genève et tournons-nous maintenant vers les mouvements antipsychiatriques dits « modernes ».

1.3 L'essor de l'antipsychiatrie des années 1960-1970

La création de l'Adupsy en mars 1979, à Genève, s'inscrit dans le sillage et la continuité d'un mouvement antipsychiatrique local, qui émerge au début des années 1970, et qui – comme dans d'autres pays en Europe – est d'abord le fait de professionnel·les issues de la psychiatrie⁴⁰. Ceux-ci sont des jeunes médecins, ergothérapeutes, infirmier·ères ou travailleur·euses sociaux·ales, qui débute leur carrière professionnelle. Ils et elles s'engagent dans la création de collectifs critiques dans le champ de la santé, s'intéressent au développement de discours et de pratiques d'alternatives à la psychiatrie et voyagent en Europe pour aller à la rencontre d'autres soignant·es et intellectuel·les du mouvement, parmi lesquel·les certaines des principales figures du mouvement en Europe.

Parmi ces jeunes professionnel·les, cinq d'entre eux – Alain Riesen et Roger Schuler, tous deux ergothérapeutes, ainsi que Barthold Bierens de Haan, Richard Vuagniaux et Maurice Rey, trois

40 Ce sous-chapitre a fait l'objet d'une publication dans une version antérieure (Stucki, 2017).

psychiatres – participeront activement, avec quelques ex-patient·es, à la création de l'Adupsy à partir d'avril 1978. Chacun développera au gré de ses lectures, voyages, échanges, et expériences personnelles et professionnelles, des affinités théoriques, idéologiques ou politiques, spécifiques avec certaines des figures du mouvement antipsychiatrie international et de leurs écrits.

Alain Riesen, par exemple, entretient des affinités particulières avec les écrits des intellectuels français Michel Foucault et Robert Castel, ainsi qu'avec ceux de la figure de proue du mouvement en Italie, le psychiatre Franco Basaglia, en retenant plus spécifiquement de ces écrits une mise en évidence de la dimension politique des dispositifs psychiatriques pour interpréter ses propres expériences professionnelles à l'hôpital psychiatrique de Bel-Air à Genève, au début des années 1970. Toujours à titre d'exemple, Barthold Bierens de Haan s'inspire quant à lui davantage d'expériences britanniques lorsqu'il choisit, en 1976, de mettre en place une communauté thérapeutique au sein de l'un des services de ce même hôpital, où il débute alors sa carrière de psychiatre.

Pour saisir quelles sont les pratiques, idées ou courants théoriques qui, dans les années 1970, ont inspiré ces actrices engagées, d'abord dans la diffusion et l'alimentation de ce mouvement antipsychiatrie à l'échelle genevoise et romande, puis dans la création de l'Adupsy, il apparaît essentiel de porter attention dans un premier temps aux principaux développements de ce mouvement à l'échelle européenne.

L'antipsychiatrie des années 1960-1970, pas plus d'ailleurs que les mouvements antialiénistes de la seconde moitié du XIX^e siècle, n'est pas à proprement parler une école (Coffin, 2005). Il s'agit effectivement plutôt de la convergence d'individus, notamment de psychiatres à la forte personnalité, autour desquels des réseaux – y compris internationaux pour ce qui est de l'antipsychiatrie du début de la seconde moitié du XX^e siècle –, puis un mouvement se constituent. Cette antipsychiatrie des années 1960-1970 se caractérise par sa

diversité tant théorique que géographique : ses partisan-es s'appuient sur des sources extérieures à la psychiatrie, puisent leur inspiration dans des travaux de sciences sociales qui se sont attachés à mettre en évidence les dimensions politiques de la psychiatrie et à en faire la critique (Dodier et Rabeharisoa, 2006), dans divers courants philosophiques, tels que l'existentialisme, la phénoménologie ou le marxisme, ainsi que dans des courants libertaires (Coffin, 2005).

Ce mouvement prend son essor en Grande-Bretagne dans les années 1960, se diffuse dans plusieurs pays d'Europe, en Italie, en France ainsi que, dans une moindre mesure, en Belgique (Majerus, 2013) et en Suisse ; il trouve également des partisan-es aux États-Unis et en Amérique latine⁴¹.

Sans nécessairement plaider pour l'abolition des institutions psychiatriques, les tenant-es de l'antipsychiatrie des années 1960-1970 remettent profondément en cause leur portée thérapeutique ainsi que leur capacité à se réformer. Considérées comme des instruments d'exclusion sociale, ces institutions sont critiquées radicalement pour la violence qu'elles exerceraient sur les patient-es, tant par l'organisation fortement hiérarchisée des relations entre soignant-es et soigné-es que par les traitements somatiques utilisés, au nombre desquels les électrochocs font figure d'emblème. De plus, ils remettent en cause la centralité accordée à la nosographie psychiatrique pour appréhender la souffrance des patient-es, au détriment de ses causes sociales (Coffin, 2005).

Engagés sur le terrain de la pratique, les professionnel·les et partisan·nes du mouvement s'investissent dans le développement de lieux et de projets alternatifs se démarquant des services de soins des hôpitaux psychiatriques dits « traditionnels », dont quelques-uns connaîtront une certaine notoriété, malgré, ou peut-être du fait même de leur radicalité, et deviendront des lieux de référence visités par des nombreux·euses soignant·es et intellectuel·es de l'époque (Crossley, 2006a).

41 Notamment au Brésil. Pour plus de détails voir Brum Schäppi (2020).

Avec la création en janvier 1975 à Bruxelles du Réseau international d'alternative à la psychiatrie⁴², les partisan·nes du mouvement – parmi lesquel·les David Cooper, Ronald Laing, Franca et Franco Basaglia, et Félix Guattari – cherchent à favoriser la diffusion d'informations sur les expériences de prise en charge dans la communauté menées dans différents pays (Grande-Bretagne, Belgique, France, Italie, Suisse, etc.), envisagées comme des alternatives à l'hôpital psychiatrique et aux politiques de secteur, progressivement mises en place à partir de la fin de la Seconde Guerre mondiale dans différents pays occidentaux, en France et en Grande-Bretagne notamment.

Chose qui à première vue peut paraître étonnante, les projets et expériences d'alternatives à la psychiatrie, développées dans le cadre du mouvement des années 1960-1970, ont été élaborés sans se référer aux expériences d'alternatives à l'asile du XIX^e siècle.

Aujourd'hui, le bilan des initiatives et des actions entreprises par les partisan·es du mouvement est controversé, et nombre d'historien·nes s'accordent sur la difficulté à en évaluer l'héritage. La tâche est effectivement d'autant plus ardue que, comme le souligne Jean-Christophe Coffin, « la communauté psychiatrique n'a pas été, dans l'ensemble, favorable à l'antipsychiatrie. Elle a interprété le projet d'antipsychiatrie comme un refus de la maladie mentale, ce qui est une exagération considérable » (Coffin, 2005, p. 117, ma traduction). Actuellement encore, le mouvement de l'antipsychiatrie des années 1960-1970 est souvent présenté sous cet aspect réducteur.

Les antipsychiatries britannique, italienne et française

Dans son ouvrage *Psychiatrie et Antipsychiatrie* (1967), David Cooper présente l'expérience qu'il a menée au Pavillon 21, entre 1962 et 1966, dans un service restreint accueillant des jeunes patient·es diagnostiqué·es schizophrènes, au sein d'un grand hôpital psychiatrique londonien – expérience antipsychiatrique qu'il considère

42 Selon les documents, ce réseau est également appelé Réseau-Alternative à la psychiatrie ou plus rarement réseau européen Alternative à la psychiatrie.

comme la première du genre mise en œuvre en Grande-Bretagne. Portant un regard critique sur le fonctionnement et l'organisation hiérarchiques des institutions psychiatriques, il s'inspire du courant de la « communauté thérapeutique », et notamment des travaux et de l'expérience de communauté thérapeutique menée par le psychiatre réformiste Maxwell Jones au Belmont Hospital entre 1947 et 1959, pour penser et organiser ce service hospitalier (Fussinger, 2011, p. 151). Ce courant, dont les premiers travaux remontent à la Seconde Guerre mondiale, se caractérise par une attention particulière portée à l'impact de « l'environnement social » sur les patient-es et par la mise en œuvre de réunions régulières entre le personnel soignant et les patient-es afin de débattre des problèmes rencontrés et de les résoudre collectivement⁴³. La perméabilité, voire le brouillage des rôles et des frontières entre psychiatres, infirmier-ères, ergothérapeutes et patient-es prônés par Cooper n'iront pourtant pas sans difficulté. Face aux conflits avec la direction de l'hôpital, Cooper s'interroge sur les limites du changement institutionnel et en tire une conclusion radicale :

« L'expérience » de l'unité a eu un « résultat » et une « conclusion » certains. Le résultat, c'est l'établissement des limites du changement institutionnel, limites qui se révèlent être très rapidement atteintes en vérité – même dans un hôpital progressiste. La conclusion est que si une telle unité doit se développer plus avant, ce développement doit se faire hors du cadre de la grande institution » (Cooper, 1967, p. 152-153).

Comme le fait remarquer l'historienne de la psychiatrie Catherine Fussinger (2010), cette interrogation sur les avantages et inconvénients du développement d'expériences alternatives à l'intérieur ou à l'extérieur des hôpitaux psychiatriques est régulièrement débattue parmi les tenant-es du mouvement antipsychiatrique.

43 Pour une histoire du développement et du déclin de la communauté thérapeutique en psychiatrie en Europe, y compris en Suisse, ainsi que pour plus de détails sur la manière dont le mouvement antipsychiatrique a radicalisé cette pratique, voir Fussinger (2010, 2011).

Une deuxième expérience alternative, impulsée par David Cooper, Aaron Esterson et Ronald Laing, est menée entre 1965 et 1970 au Kingsley Hall, dans un quartier londonien historiquement marqué par les mouvements ouvriers. Le Kingsley Hall est conçu comme un centre d'accueil, une forme particulière et assez radicale de communauté thérapeutique où soignant-es et soigné-es vivent côte à côte, sans blouses blanches, sans les « étiquettes » de « patient-es », de « médecins », et où les diagnostics formels de la psychiatrie ne sont pas reconnus (Crossley, 2006a). Le lieu se veut un espace où l'on accueille des personnes en état de crise et de détresse psychique pour les accompagner, à l'aide d'autres interventions que celles qui sont usuelles en psychiatrie, vers une forme nouvelle de « guérison ». Dans ses ouvrages (1960, 1967), Ronald Laing expose sa conception de la crise psychotique comme un voyage existentiel, un processus en plusieurs phases débutant par une régression.

Mais le Kingsley Hall n'est pas seulement un lieu d'accompagnement de personnes en détresse psychique au travers de leurs crises ; c'est aussi un lieu où sont organisés des lectures de textes, des conférences et des échanges pour débattre des idées de l'antipsychiatrie, de la phénoménologie. Des personnes issues de divers horizons s'y rencontrent, dont des poètes avant-gardistes, des artistes musiciens, danseurs ou photographes, des sociologues de la nouvelle gauche (*New Left*) ou encore des personnes vivant en communautés (Crossley, 2006a). Le Kingsley Hall, fait remarquer le sociologue Nick Crossley (2006a), deviendra rapidement un haut lieu de la contre-culture, un endroit à la mode où il fait bon de se rendre, et dont la notoriété, associée à celle de Laing, perdure au-delà de sa fermeture. Selon Crossley, c'est là l'une des raisons qui explique la notoriété du Kingsley Hall, une autre étant l'importante diffusion que connaissent les ouvrages et articles publiés de Cooper, Berke, Esterson et Laing, notamment. Laing en particulier participe activement à la diffusion de ses idées et à la notoriété du Kingsley Hall en acceptant de prendre part à des émissions télévisuelles et radiophoniques, en accordant des interviews dans la presse, y compris dans des magazines populaires, et en participant à des tournées de conférences. Pourtant, d'après

Crossley, l'attitude de « l'establishment psychiatrique » a sans doute aussi joué paradoxalement un rôle clé dans cette fortune :

« En bloquant et en écartant les affirmations de l'antipsychiatre [Laing], avant qu'elles ne deviennent de « l'antipsychiatrie », [les membres de l'establishment psychiatrique] ont sans doute joué un rôle clé, provoquant l'attaque dont ils ont par la suite fait l'objet. Si l'establishment psychiatrique avait accepté Laing et ses idées, il se peut qu'il n'y aurait jamais eu de mouvement antipsychiatrique au Royaume-Uni » (2006a, p. 125, ma traduction).

En Italie, le mouvement antipsychiatrique est fortement associé au parcours du psychiatre Franco Basaglia. Médecin depuis 1949, il enseigne tout d'abord la neuropsychiatrie pendant une dizaine d'années à la faculté de médecine de Padoue, période durant laquelle il exprime une insatisfaction croissante face au contenu des enseignements qu'il est amené à dispenser : il estime surtout que la place qui est accordée à la neurologie est trop dominante et que la perspective organiciste pour appréhender l'expérience du malade est réductrice (Coffin, 2007). Durant cette période de remise en question, il se tourne dès lors vers les écrits de la phénoménologie existentielle qui inspireront bientôt sa pratique hospitalière. En 1961, il prend en effet ses fonctions de directeur de l'hôpital psychiatrique de Gorizia, une ville située à quelques kilomètres de la frontière italo-yougoslave. Convaincu de l'intérêt du courant de la communauté thérapeutique, tel que développé durant les années 1950 en Grande-Bretagne, et familier des travaux de Maxwell Jones, Basaglia concentre ses premiers efforts sur la mise en œuvre de ses principes qui s'étendent à l'ensemble de l'hôpital (Schittar, 1968). Il envisage alors la communauté thérapeutique comme un instrument permettant de soigner l'hôpital en rompant avec ses hiérarchies et ses principes de ségrégation ancrés, selon lui, tant dans les rapports humains que dans l'organisation de l'espace physique.

En 1968, Basaglia édite un ouvrage collectif, *L'Institution en négation* (Basaglia, 1968), dans lequel les membres de son équipe et les pensionnaires sont invités à prendre la parole et à s'exprimer. Lucio Schittar, un collègue de Basaglia, y propose une réflexion

critique sur le modèle de la communauté thérapeutique, l'estimant insuffisant pour transformer en profondeur l'hôpital psychiatrique. Plus fortement que ses écrits précédents, cet ouvrage contribuera à le faire connaître en Italie et en Europe (Coffin, 2010).

Après l'expérience de Gorizia, Franco Basaglia reprend la gestion de l'hôpital de Trieste. Il y poursuit ses réflexions en allant au-delà de la critique de l'institution psychiatrique pour s'interroger sur le savoir psychiatrique lui-même, qu'il envisage, sous couvert d'une supposée neutralité scientifique, comme socialement et historiquement construit. En 1977, la troisième réunion du Réseau international d'alternative à la psychiatrie – un collectif et une réunion auxquels plusieurs soignant·es et soigné·es genevois·es participeront, et sur lesquels je reviendrai – sera organisée sur le territoire même de l'hôpital.

Le début des années 1970 est marqué par l'essor du mouvement *Psichiatria democratica* qui rassemble autour de Basaglia des psychiatres, des travailleur·euses sociaux·ales et des sociologues. Il exercera notamment des pressions pour que soit mise sur pied une commission parlementaire interpartis chargée de réviser la loi de 1904 en matière d'internement psychiatrique alors encore en vigueur. Le 13 mai 1978 sera finalement votée la loi 180 – aussi appelée « loi Basaglia » –, qui initiera une profonde réforme nationale de la psychiatrie italienne⁴⁴. Elle mettra toutefois plusieurs années à être mise en œuvre et le sera de manière inégale selon les régions. Aujourd'hui encore, les effets de cette réforme restent disputés : certains dénoncent un report du fardeau de la prise en charge sur les familles, d'autres estiment qu'elle ne va pas assez loin, dans la mesure où elle n'interdit pas toute mesure de contrainte. Reste que les effets de cette loi ont contribué au développement de centres de santé mentale dans chaque région de la péninsule et à la mise en place de structures intermédiaires (hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques, foyers).

44 La loi 180 et la réforme impulsée par celle-ci ont conduit à un déplacement de l'assistance psychiatrique des hôpitaux psychiatriques vers des centres communautaires de santé mentale, planifiés selon une logique départementale. La réforme a donné lieu à la fermeture progressive des hôpitaux psychiatriques conçus sur un mode asilaire en Italie, au profit de services de soins alternatifs.

En France, la diffusion des idées antipsychiatriques tend à se fondre dans le mouvement social, culturel et politique de Mai 68 (Poisson, 1977 ; Quételet, 2009, p. 525-530), période durant laquelle elles sont fortement médiatisées. Comptes rendus d'ouvrages, interviews et documentaires compteront parmi les véhicules de la diffusion dans l'opinion publique des idées des antipsychiatres britanniques David Cooper et Ronald Laing, ainsi que celles d'intellectuels francophones tels que Michel Foucault, Félix Guattari, Gilles Deleuze, ou encore celles de praticien·nes francophones tel·es que Roger Gentis ou Maud Mannoni. Cette dernière, psychanalyste lacanienne ayant effectué un bref séjour au Kingsley Hall (Hochmann, 2015, p. 196) et dont les ouvrages connaissent un large écho, fondera en 1969, avec Robert Lefort, l'école expérimentale de Bonneuil-sur-Marne, un projet destiné à conjuguer approche lacanienne et approche antipsychiatrique dans l'accueil de jeunes autistes et psychotiques.

Collectifs et engagements critiques : le cas de Genève

Dans les années 1970, en Suisse romande, c'est avant tout sur le territoire genevois que des mouvements critiques des institutions psychiatriques se développent. Tout comme en France, dans d'autres pays d'Europe et aux États-Unis, la contestation psychiatrique se fonde dans des mouvements et groupements issus de la contestation politique et culturelle de Mai 68⁴⁵. Les collectifs locaux en santé mentale, qui se constituent alors, se situent sur une scène alternative émergente, laquelle se développera considérablement tout au long de la décennie, puisqu'on dénombre pas moins de deux cents groupements et comités d'actions alternatifs créés entre 1974 et 1981 sur le territoire genevois (Gros, 2004). Les institutions mises en cause et les formes prises par les collectifs sont multiples ; de fait, ce sont autant de mouvements antimilitaristes, antinucléaires, féministes, étudiantins, de syndicats ouvriers, ou encore de collectifs de lutte en matière de logement qui émergent et se développent – parfois de façon éphémère – au cours de ces années.

45 Pour Genève, voir aussi Dotti (2015) ; Heimberg (2005).

Dans le champ de la psychiatrie, c'est à l'initiative d'une poignée de jeunes professionnel·les de la santé mentale – dont une partie sont encore en formation – qu'ont lieu à partir de 1972 les premières réunions de réflexions critiques sur l'institution psychiatrique, au sein même de l'hôpital de Bel-Air à Genève. Les participant·es aux réunions du collectif Comité action santé (CAS) sont de jeunes médecins, ergothérapeutes, sociothérapeutes, infirmier·ères, travailleur·euses sociaux·ales, parmi lesquel·les les futurs cofondateurs de l'Adupsy, Alain Riesen, Roger Schuler et Richard Vuagniaux, ainsi que d'autres professionnel·les ou étudiant·es, qui, sans avoir été les personnes à l'origine de l'Adupsy, rejoindront aussi l'association.

Lorsque Alain Riesen participe aux échanges du CAS, il est fraîchement diplômé en ergothérapie et travaille à la clinique de Bel-Air où il est chargé de la création d'un atelier d'ergothérapie⁴⁶. Pendant ses années de formation déjà, il participe aux échanges et discussions internes au Mouvement pour un service civil à la communauté (MSCC⁴⁷), au cours desquelles il se trouve pour la première fois confronté à une véritable critique institutionnelle – en l'occurrence militaire – et à ce qu'il appelle « la question de l'alternative » : sortir de l'institution mise en cause, pour développer à l'extérieur de celle-ci des formes différentes et alternatives d'engagement – dans ce cas le service civil –, ou bien mener des luttes à l'intérieur même de l'institution pour la transformer de façon plus ou moins radicale, voire dans certains cas tenter de la supprimer. Cette question, affirme-t-il, continuera de l'habiter tout au long de son parcours professionnel dans l'univers de la psychiatrie⁴⁸.

46 Entretien avec Alain Riesen du 11 octobre 2012.

47 C'est lorsqu'il est confronté à l'obligation d'effectuer son service militaire qu'Alain Riesen entre en contact avec le MSCC, l'un des groupes antimilitaristes et pacifistes genevois parmi la quinzaine créés dans la décennie des années 1970.

48 Durant les premières années de la période 1968, soit de 1968 à 1972 environ, Alain Riesen participera également à d'autres mouvements alternatifs et actions contestataires. Il prend notamment part au Mouvement d'occupation du prieuré ; un mouvement qui occupa illégalement le terrain et les locaux désaffectés d'une ancienne infirmerie située dans le quartier des Pâquis à Genève, dans le but d'y développer des activités socioculturelles et communautaires, destinées notamment aux enfants du quartier. Le prieuré sera occupé à l'instigation du Groupe d'habitants des Pâquis

Roger Schuler est sur le point de débiter sa formation d'ergothérapeute lorsqu'il se rend aux premières réunions du CAS. Malgré son jeune âge – début de la vingtaine – il dispose déjà d'une relativement solide expérience de l'engagement militant, acquise par le biais d'actions syndicales menées dans l'exercice de sa profession antérieure sur les chantiers de construction⁴⁹ d'une part, et au sein du collectif Base anti-militariste (BAM) d'autre part. Ce dernier collectif, à la différence du MSCC, prône une stratégie de lutte à l'intérieur même de l'institution – l'armée. Cette option stratégique contestataire inspire les engagements ultérieurs de Roger Schuler au sein de collectifs du mouvement antipsychiatrique, notamment lorsqu'il travaillera, à partir de 1976, comme ergothérapeute à la clinique psychiatrique de Bel-Air.

Richard Vuagniaux, de son côté, est encore étudiant en médecine à l'université de Genève lorsqu'il prend part à ces réunions. Rétrospectivement, celui-ci considère qu'au-delà de l'intérêt qu'il a pu porter à la psychiatrie avant même de débiter ses études de médecine, c'est avant tout son insertion dans la « mouvance 68 » – et en l'occurrence sa participation aux mouvements étudiants ainsi que ses expériences de vie en communauté – qui l'ont amené à s'intéresser aux critiques de cette institution et discipline médicale, et à participer aux réunions du CAS⁵⁰.

(GHP), du Mouvement pour un service civil à la communauté (MSCC) et d'un groupe de jeunes habitants le quartier, le Groupe 33, avant d'être rejoints par d'autres collectifs et individus contestataires. L'ensemble des occupant-es seront définitivement délogé-es par les forces de police en décembre 1972, et l'ancienne infirmerie entièrement détruite par des bulldozers (pour plus de détails, voir Gros, 1987, p. 89-92 ; p. 97-103). Au cours de cette même période des premières années de 1968, Alain Riesen partagera également avec d'autres de sa génération la volonté de « briser la séparation entre vie personnelle, individuelle intime et action politique » et mènera plusieurs expériences de vie en communauté. Témoignage d'Alain Riesen. « Bistro'psy, lundi 23 mai 2011, 20 h 30, mai 1968, de 1968 à 2008... Qu'ai-je fait en 1968 ? Qu'en ai-je fait dans ma vie ? Et aujourd'hui ? Et demain ? Histoires vécues de trois camarades Jean Batou, Brigitte Studer et Alain Riesen et discussion sur le projet de publication des témoignages », p. 5 (Archives contestataires [AC], 071_Bistro'psy).

49 Roger Schuler a effectué un apprentissage de plâtrier-peintre avant de travailler quelques années comme ouvrier sur les chantiers de construction. C'est par l'un de ses proches collègues qu'il est socialisé à l'action syndicale et invité à devenir « compagnon » du Parti communiste, avant de prendre ses distances. Entretien le 3 octobre 2012.

50 Entretien avec Richard Vuagniaux le 21 février 2014.

Les participant·es au CAS se réunissent à intervalles réguliers et consacrent une partie de leur temps – en dehors des heures de travail – à lire et échanger à partir de textes de psychiatres réformateurs d'après-guerre – tels Lucien Bonnafé, François Tosquelles ou Jean Oury – de psychiatres considérés comme des figures de l'antipsychiatrie – Franco Basaglia, David Cooper, Ronald Laing, Roger Gentis, etc. – ainsi que divers auteurs critiques à l'égard de la psychiatrie tels que Michel Foucault, ou encore Karl Marx qui connaît à l'époque un retour sur l'avant-scène intellectuelle contestataire. Au cours de ces réunions, ces jeunes professionnel·les militant·es se familiarisent avec les écrits de ces auteurs et se questionnent sur la fonction et l'exercice de la médecine dans son ensemble, tant à l'hôpital que dans les usines ou dans les quartiers⁵¹, et en particulier sur la dimension politique de la psychiatrie. Dans un entretien publié en 2014 (Sicard et Parizot, 2014), Alain Riesen explique ainsi avoir découvert, parmi d'autres, les écrits de Michel Foucault et surtout ceux du sociologue Robert Castel, l'un des auteurs qu'il rencontrera par la suite et qui restera pour lui l'une des figures les plus marquantes tout au long de sa carrière. Pour lui, comme pour Richard Vuagniaux, les écrits qu'ils discutent renouvellent l'analyse de leurs toutes premières expériences de stage en hôpital psychiatrique qui, à la fin des années 1960, les avaient fortement marqués. Alain Riesen explique :

« La violence institutionnelle, je l'ai donc vécue le premier jour dans cet univers assez terrible, où j'ai passé un mois. C'était pourtant l'époque des années septante [en l'occurrence, le stage dont il est question est effectué en 1967], considérée comme "moderne" dans un hôpital dont le médecin-chef, le Dr Ajuriaguerra, est connu comme progressiste, réfugié politique espagnol suite à sa participation à la résistance de Franco, ancien anarchiste. Il enlève les barreaux des pavillons, se réclame d'une approche ouverte, introduit la sociothérapie et la psychothérapie institutionnelle avec un groupe de jeunes médecins psychiatres engagés... mais la structure même, malgré leur volonté de réforme, se maintient à l'identique » (Sicard et Parizot, 2014, p. 494).

Ainsi confrontés à ce qu'ils identifient comme la manifestation des limites des projets réformateurs portés par la génération

51 CAS 1 Journal du Comité d'action « santé », mai 1972 (AC, fonds Jacques Siron, 011_JS-S01-SS1).

antérieure, des professionnels réputés progressistes – tous des hommes –, les jeunes professionnel·les du début des années 1970 politisent leurs analyses du fonctionnement psychiatrique institutionnel et s'engagent dans la recherche et le partage d'expériences alternatives, notamment communautaires.

Durant cette même période, d'autres collectifs voient également le jour⁵² et toute une série d'actions critiques est entreprise. En 1973, par exemple, se constitue le groupe Travail social et psychiatrie dans le dessein de s'informer et de se former sur les expériences et débats européens autour de la psychiatrie et de l'antipsychiatrie et d'analyser les pratiques et le développement des institutions psychiatriques genevoises⁵³.

Dans le CAS, comme dans d'autres collectifs engagés sur le terrain de la santé, les médecins et soignant·es perçoivent « une communauté d'intérêts » avec les soigné·es pour lesquel·les ils et elles estiment lutter⁵⁴. Pour autant, c'est prioritairement en qualité de professionnel·les de la santé que les membres de ces collectifs s'engagent. Il faudra en effet attendre la seconde moitié des années 1970 pour qu'apparaisse sur le territoire genevois le premier collectif mixte, comprenant des personnes usagères de la psychiatrie : l'Adupsy.

Du Réseau international au Réseau romand d'alternative à la psychiatrie

Les militant·es du CAS s'intéressent aux expériences concrètes menées ailleurs, en France et en Belgique notamment, entreprennent des voyages et organisent des rencontres avec d'autres professionnel·les engagé·es sur le terrain de la psychiatrie. Alain Riesen, qui entre-temps travaille à la fois dans un hôpital de jour de secteur et dans un centre d'accueil pour jeunes « marginaux » – le

52 Pour davantage de précisions, voir Dotti (2015).

53 « Travail social et psychiatrie », 5 novembre 1973 (AC, fonds Jacques Siron, 011_JS-S01-SS1).

54 Au sein du CAS, « travailleurs hospitaliers » et « travailleurs soignés » sont considérés comme appartenant à « la classe ouvrière » dont il s'agit de faire converger les intérêts. « Contribution à une clarification politique au sein du CAS », mai 1972 (AC, fonds Jaques Siron, 011_JS-S01-SS1).

centre Liotard, créé en 1972 à Genève⁵⁵ –, prend également connaissance, par des revues et journaux, d'une rencontre organisée par les membres de La Gerbe – une équipe d'animation communautaire travaillant dans le nord de Bruxelles – sur le thème de l'« Alternative au secteur », avec l'intention de créer à cette occasion un réseau international de rencontres et d'échanges sur la lutte contre l'hôpital psychiatrique et sur le développement d'alternatives.

Il s'y rend avec une poignée de collègues travaillant en santé mentale à Genève. Au cours de cette rencontre, se déroulant les 24 et 26 janvier 1975 et réunissant entre autres des « psychiatisé·es » – selon le terme employé par les actrices de l'époque⁵⁶ –, des professionnel·les de la santé mentale et des juristes, le Réseau international d'alternative à la psychiatrie est officiellement créé (Elkaïm, 1977b, p. 22-26). Les membres de ce Réseau se réuniront ensuite chaque année dans une ville d'Europe différente, jusqu'en 1978, année où la rencontre aura lieu à Genève. Le Réseau publie également deux ans plus tard, en 1977, un ouvrage, sous la houlette de Mony Elkaïm – l'une des figures principales de la thérapie familiale et coordinateur du Réseau –, réunissant des textes auxquels ont notamment contribué Robert Castel, Félix Guattari, Giovanni Jervis, Franca et Franco Basaglia, David Cooper, ainsi que les membres de l'équipe du centre Liotard à Genève (Elkaïm, 1977b). En proposant une série de textes consacrés à plusieurs expériences alternatives en santé mentale, les auteures souhaitent offrir un outil à celles et ceux que l'exercice professionnel quotidien confronte à la folie et qui veulent « critiquer leurs pratiques à partir de leur

55 Le centre a vu le jour suite à une exposition de type informative sur les problèmes de drogue. L'équipe interdisciplinaire (assistant·e social·e, psychologue, animateur·rice, éducateur·rice, ergothérapeute, etc.) s'est constituée à partir d'une réflexion critique sur le travail des institutions psychiatriques et sociales et avec l'intention de développer « une pratique institutionnelle différente ». Pour plus de détails, voir (Collectif travail, 1977 ; Gros, 1987, p. 156 ; *Vers de nouvelles formes d'accueil et de prise en charge des marginaux*, 1983).

56 Pour une explication du sens attribué au terme de « psychiatisé·e » par les acteur·ices de l'époque, voir le chapitre 3.

choix politique et [...] tenter concrètement de nouvelles approches plus cohérentes avec ce choix » (Elkaïm, 1977a, p. 9).

D'après le « Texte constitutif du réseau européen : alternative à la psychiatrie », lui aussi publié dans l'ouvrage paru sous le nom d'Elkaïm (1977b, p. 22-26), les principaux buts du Réseau sont la diffusion d'informations sur les expériences de travail dans la communauté, envisagées comme des alternatives à l'hôpital psychiatrique et à la politique du secteur – lui-même dénoncé comme un « instrument technocratique » (Sicard et Parizot, 2014, p. 496) –, et sur la lutte contre la « répression psychiatrique », impliquant l'engagement pour la défense des droits élémentaires des personnes, garantis à tout-e citoyen-ne dans les constitutions, y compris le droit, pour les personnes « psychiatisées », d'être informées sur ce qui se passe au sein des institutions psychiatriques.

Des participant-es au Réseau international en provenance de Genève, réunis le 22 janvier 1976 à Lausanne, en présence de plus de quatre-vingts personnes⁵⁷ (comprenant des professionnel·les de la santé mentale, des étudiant-es des écoles sociales et de soins infirmiers, des « psychiatisé-es » et des chômeur-euses), issues d'environ trente institutions psychiatriques et sociales, proposent de créer un groupe régional, le Réseau romand (ou suisse romande selon les documents) d'alternative à la psychiatrie. En mettant l'accent sur le partage d'informations, l'organisation de débats, la lutte contre « les pratiques répressives en psychiatrie » et les voies de changement⁵⁸, le Réseau romand marque sa volonté de faire vivre à l'échelle régionale les buts que s'est fixés le Réseau international. Le centre de coordination du Réseau romand, chargé de diffuser l'information, auquel participent Alain Riesen et Roger Schuler, est implanté à Genève, et un groupe de réflexion et d'action local – le

57 Réseau suisse romande « Alternative à la psychiatrie », la guerre des psychiatres aura-t-elle lieu ? Genève, juillet 1977, bulletin n° 3, p. 3 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S02).

58 « La psychiatrie à Genève, une crise ou une remise en question plus fondamentale ? », mars 1982 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S05).

Groupe Bel-Air –, animé par des membres du Réseau romand, est également formé au sein même de la clinique psychiatrique genevoise. Malgré les aspirations de personnes issues de divers cantons de constituer d'autres collectifs locaux, aucun ne verra finalement le jour (Dotti, 2015, p. 56).

Par le biais des réunions annuelles du Réseau international d'alternative à la psychiatrie, les contacts des militant-es genevois-es avec quelques-un-es des figures européennes du mouvement antipsychiatrique sont tout d'abord instaurés, puis renforcés. Au cours de la seconde moitié des années 1970, Cooper et Basaglia viennent également à plusieurs reprises à la rencontre des professionnel·les de Suisse romande. Ils ne se contentent pas de dialoguer avec les militant-es genevois-es, ils se rendent également dans d'autres hôpitaux de Suisse romande pour débattre avec les professionnel·les, notamment à l'hôpital de Cery (Vaud) et à Malévoz (Valais) (Romanens-Pythoud, 2017).

En 1976, est créée également une communauté thérapeutique au sein même de la clinique psychiatrique de Bel-Air, par le médecin Barthold Bierens de Haan, l'un des membres à la fois du Réseau international et du Réseau romand d'alternative à la psychiatrie. Ce dernier est un psychiatre au parcours atypique ; après des études de physique à l'École Polytechnique de Zurich, puis de médecine à l'université de Genève, il se destine d'abord à la chirurgie plastique et reconstructive⁵⁹. Après avoir exercé près de cinq ans dans plusieurs hôpitaux à Lausanne et Genève, ainsi qu'au Vietnam lors d'une mission avec la Croix-Rouge, il effectue un séjour de recherche en chirurgie expérimentale à Londres entre 1973 et 1974, au cours duquel il fait la découverte du mouvement antipsychiatrique britannique par le biais de lectures personnelles essentiellement. Rappelons qu'au début des années 1970, les écrits antipsychiatriques font l'objet d'une diffusion médiatique importante (Poisson, 1977 ; Quétel, 2009, p. 530), notamment en Grande-Bretagne (Crossley,

59 Entretien avec Barthold Bierens de Haan le 19 mars 2014.

2006c, p. 125). Bierens de Haan consacre alors une partie de son temps à lire les écrits des antipsychiatres britanniques et américains, dont ceux de David Cooper, Ronald Laing et Thomas Szasz, et saisit l'occasion de se rendre à quelques-unes de leurs conférences⁶⁰. De retour en Suisse en 1974, fort de ces idées antipsychiatriques, il choisit d'entamer une formation de psychiatre, tout d'abord à l'hôpital psychiatrique de Prangins à Nyon, puis dans un centre ambulatoire des Institutions universitaires psychiatriques à Genève (IUPG). Lorsqu'en 1976, il prend la fonction de chef de clinique de l'un des services de l'hôpital psychiatrique de Bel-Air, il décide d'orienter son organisation interne selon les principes de la thérapie par le milieu et d'y instaurer une communauté thérapeutique. Son ambition est de transformer – au moins à l'échelle de son service – l'environnement de vie et la structure des relations entre personnel soignant et patient·es en vigueur à l'hôpital. Nous y reviendrons.

Pour l'instant, arrêtons-nous un instant sur un aspect spécifique qui caractérise l'émergence et le développement du mouvement antipsychiatrique des années 1960-1970, aussi bien à l'échelle internationale que locale : son hétérogénéité théorique et pratique. Comme le montrent les éléments de leurs trajectoires, les militant·es antipsychiatriques locaux·ales qui participeront ultérieurement à la création de l'Adupsy puisent, au gré de leurs parcours professionnel, personnel et militant, leurs inspirations chez différents intellectuel·les et praticien·nes du mouvement international, reflétant ainsi à l'échelle locale l'hétérogénéité du mouvement. Barthold Bierens de Haan, nous l'avons vu, s'est essentiellement intéressé aux idées et pratiques développées par les antipsychiatres britanniques et américains, avant de rejoindre Genève et de participer avec d'autres à la création de collectifs locaux – le Réseau romand et le Groupe Bel-Air⁶¹. Alain Riesen, l'un des premier·ères professionnel·les genevois·es à rejoindre le Réseau international, se référera tout au long de son parcours professionnel davantage aux intellectuels français Robert Castel et

60 Bierens de Haan se souvient notamment d'une conférence de Laing à l'université de Westminster particulièrement marquante pour lui.

61 Entretien avec Barthold Bierens de Haan le 19 mars 2014.

Michel Foucault, ainsi qu'à l'antipsychiatrie italienne⁶², sans pour autant que cela soit exclusif. Pour sa part, Richard Vuagniaux développe dès le début de ses études, et sa carrière durant, un intérêt marqué pour la psychanalyse lacanienne, les écrits de Maude Mannoni, l'expérience de Bonneuil, et dans une certaine mesure pour la psychothérapie institutionnelle⁶³. Roger Schuler entretient quant à lui, par ses origines sociales et ses premières expériences professionnelles dans le monde ouvrier, un rapport plus distancié vis-à-vis des intellectuels du mouvement antipsychiatrique⁶⁴. Pour autant, il ne se montre pas moins actif dans le développement de collectifs et actions locales.

Comme l'ont fait remarquer plusieurs sociologues et historiens de la psychiatrie (Crossley, 2006a ; Quétel, 2009), la diffusion des idées et expériences antipsychiatriques des années 1960-1970 tend à se fondre dans le volet culturel et politique du mouvement de Mai 1968. L'antipsychiatrie, à cette période, souligne Claude Quétel :

« est hypermédiatisée, portée par l'opinion et la forgeant dans le même temps. Dans tout le monde occidental, ouvrages, interviews et débats mettent l'antipsychiatrie et la folie à l'ordre du jour. Les étudiants de Mai 1968 lisent avec frénésie Szasz, Laing, Cooper, Foucault, Gintis... Il n'est pas une expérience antipsychiatrique qui ne fasse l'objet de reportages (et d'autoreportages) où le cinéma documentaire joue un rôle important » (2009, p. 530).

Plusieurs membres du Réseau romand d'alternative à la psychiatrie, dont Richard Vuagniaux, contribuent d'ailleurs eux-mêmes

62 Cela malgré le fait que les principaux ouvrages des antipsychiatres britanniques et américains aient fait l'objet de traductions françaises dès la fin des années 1960 et le début des années 1970.

63 Richard Vuagniaux effectue en outre en 1973 – alors qu'il s'est déjà familiarisé avec les écrits des antipsychiatres britanniques Laing et Cooper – un séjour linguistique à Londres, puis une brève expérience de communauté thérapeutique au sud du pays, peu concluante à ses yeux. La même année, il réalise également un bref stage d'une semaine à la clinique de la Borde à Saint-Alban en France, expérience institutionnelle qui restera dans sa mémoire comme une source d'inspiration dans la façon d'aborder et de soigner les personnes atteintes de psychose. Entretien avec Richard Vuagniaux le 21 février 2014.

64 Entretien avec Roger Schuler le 3 octobre 2012.

activement à cette diffusion et mise en débat des idées et expériences antipsychiatriques sur le territoire genevois. Après avoir découvert les documentaires de René Victor et de Marco Bellochio lors d'une rencontre du Réseau international à Paris en mars 1976, ceux-ci décident d'organiser un cycle de projection de films au Centre d'animation cinématographique Voltaire (CAC-Voltaire⁶⁵). Intitulé *Cinéma et Folie*, ce cycle aura lieu du 14 au 30 décembre de la même année (Gros, 1987, p. 152). Les films programmés – essentiellement des documentaires – reflètent eux aussi l'hétérogénéité géographique et théorique qui sous-tend les différentes expériences et projets antipsychiatriques du mouvement. Parmi ces films, on trouve ainsi *Asylum (Fous de vivre)*, de Peter Robinson, consacré à l'*Archway Community*, l'une des communautés gérées par la Philadelphia Association fondée en 1964 par Ronald Laing et quelques psychiatres et thérapeutes ayant été à la base du mouvement antipsychiatrique britannique, dans les années 1960⁶⁶. On y trouve également le documentaire italien *Fous à délier* du collectif de cinéastes Silvano Agosti, Marco Bellochio, Sandro Petraglia et Stefano Rulli ; une commande de l'administration de la province de Parme, proche du Parti communiste italien⁶⁷. Du côté des expériences antipsychiatriques menées en France, deux documentaires seront également programmés par les membres du groupe d'organisation : *Vivre à Bonneuil* de Guy Seligmann et *Ce gamin-là* de Renaud Victor⁶⁸.

65 « Réseau et cinéma » (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S05).

66 « CAC, Cinéma Voltaire : cinéma et folie. *Fou de vivre (Asylum)* » (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S05).

67 Tout en suivant l'histoire et le parcours professionnel de trois jeunes hommes sortis de l'hôpital psychiatrique, ce documentaire thématise la politique de santé mentale menée alors dans la région et le fonctionnement des institutions psychiatriques de la ville et de la province (l'Émilie). « À propos du film *Fous à délier* » (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S05).

68 Alors que *Vivre à Bonneuil* est consacré à l'école expérimentale du même nom fondée en 1969 par Robert Lefort, Maud Mannoni et un couple d'éducateurs, *Ce gamin-là* a pour sujet la vie quotidienne d'un enfant psychotique, mutique, dit « autiste », dans un espace de vie communautaire, conçu par l'éducateur et animateur socioculturel Fernand Deligny comme un lieu de vie et d'éducation alternatif à l'hôpital psychiatrique. *Vivre à Bonneuil* et « Renaud Victor : *Ce gamin-là* » (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S05).



Illustration 1. Image de l'affiche annonçant le cycle de films « Cinéma et folie » au centre d'animation cinématographique Voltaire (CAC-Voltaire) (Gros, 1987, p. 152).

Les films sélectionnés sont envisagés comme des ressources et des références pour alimenter et soutenir le débat sur les questions et problèmes que pose le développement des institutions psychiatriques et sociales à Genève, l'« un des plus développés d'Europe⁶⁹ », soulignent les militant·es et les membres du groupe d'organisation du cycle de projection.

69 À propos du film *Fous à délier* » (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S05).

Conscients des différences qui marquent à cette époque les transformations des dispositifs institutionnels et les développements d’alternatives dans les pays de l’Europe de l’Ouest – tant sur les plans des politiques de santé mentale, que de la vigueur des mouvements de gauche alliés – ils reconnaissent que les comparaisons peuvent effectivement être difficiles à entreprendre :

« À première vue, il peut sembler difficile de faire un lien entre la situation psychiatrique, institutionnelle, à Genève et ce qui se passe en Italie, et dans un sens c’est vrai, la pratique psychiatrique de lutte en Italie ne peut être un modèle pour nous (ne serait-ce que par le niveau des luttes sociales et économiques qui y sont menées⁷⁰). »

Pour autant, et précisément parce qu’il s’agit de porter la critique sur un plan institutionnel, les différents types d’alternatives thématiques dans ces documentaires peuvent d’après les militant-es légitimement servir de sources d’inspiration et de référence pour en développer localement :

« *Fous à délier* et la pratique dont il parle nous montre bien [...] l’impasse dans laquelle nous nous trouvons par une inflation et une hypertrophie institutionnelle, des lieux de dépistage, de diagnostic, d’accueil, de traitement, d’hébergement, d’enfermement, etc. de plus en plus spécialisée, de plus en plus technicisés. “Fous à délier” nous donne des références concrètes d’alternative à cette psychiatrie, technocratique, à nous d’imaginer et de trouver notre propre voie⁷¹. »

Maintenant que j’ai décrit, de façon contextualisée, l’émergence des collectifs antipsychiatriques du début des années 1970 sur le territoire genevois, il est temps de se tourner vers les actions mises en œuvre par la suite par les militant-es afin d’analyser comment, par le biais de ces actions, ils et elles vont faire advenir la question des droits des patient-es dans cet espace genevois. À partir de quand, dans quelles situations et à l’aide de quelles ressources et actions vont-ils et elles faire émerger cette question publiquement ? C’est à cette interrogation principale que se consacre le prochain chapitre.

70 *Ibid.*

71 *Ibid.*

Chapitre 2

Émergence des droits des « usagers » en psychiatrie : des professionnel·les en action

Au mois de mars 1976, le comité contre la répression psychiatrique et l'assemblée des étudiants de l'université de Genève se constituent autour de deux « affaires » ayant trait à des procédures d'internement non volontaire. Ses membres – avec ceux de l'association des étudiants en droit de l'Université de Genève et de l'Association des juristes progressistes (AJP¹) – dénoncent publiquement ces procédures d'internement qu'ils qualifient d'« arbitraires ». Le comité contre la répression psychiatrique est composé de travailleur·euses des institutions sanitaires du canton de Genève (infirmier·ères, médecins, assistant·es sociaux·ales), de psychiatisé·es et d'étudiant·es². Parmi les membres du comité et de l'assemblée des étudiants, certain·es font également partie du

1 L'AJP a été créée au début des années 1970 à Genève (Bindschedler, 1998) avant de devenir la section genevoise de la fédération Juristes démocrates de Suisse (DJS-JDS) en novembre 1978 (Aebli, 2018). L'AJP est née de projets sociaux et politiques de la fin des années 1960 et avait « pour buts premiers "d'élaborer et de promouvoir des réformes légales et d'organisation de la justice" et de défendre "les droits et libertés démocratiques pour les justiciables et les membres des organisations juridiques" (statuts de 1975) » (Bindschedler, 1998). Considérant les compétences juridiques comme étant toutes utiles et nécessaires, et partageant la volonté de se démarquer des groupements corporatistes, les fondateurs de l'AJP ouvrent l'association aux avocat·es, juristes, magistrat·es et étudiant·es.

2 « Introduction » à la « Brochure sur la psychiatrie répressive » (AEG, 1988va007.2).

Réseau romand d'alternative à la psychiatrie, et sont par ailleurs déjà des militant-es relativement aguerrri-es au moment des faits. On retrouve par exemple Alain Riesen, Roger Schuler et Richard Vuagniaux.

Les actions de ces militant-es permettent d'empêcher l'internement dans un des deux cas, mais pas dans l'autre. Néanmoins à partir de la dénonciation de ces deux affaires, les membres de ces collectifs se mobilisent de concert pour condamner plus généralement, à la fois le principe même de l'internement psychiatrique – conçu par le comité comme « la clé de voûte de toute l'activité psychiatrique » – et « son corollaire, le traitement psychiatrique forcé³ ». En cherchant à attirer l'attention des journalistes par le biais de communiqués et conférences de presse, les actions militantes visent à sensibiliser l'opinion publique sur le problème de l'internement psychiatrique afin de provoquer un débat public sur les différentes formes de « répression [...] du pouvoir "médico-administratif" exercé par les psychiatres (et de temps à autre par les autorités judiciaires) », selon les termes employés par le comité⁴.

Revenons tout d'abord sur les deux affaires à l'origine de ces mobilisations collectives autour de l'internement psychiatrique, telles qu'elles ont été relayées dans la presse locale, puis débattues au parlement cant

2.1 Dénoncer des internements « arbitraires »

Le 30 mars 1976, la journaliste Sylvie Arsever relate, dans un article du *Journal de Genève*, la tentative d'internement psychiatrique de la propriétaire d'un magasin de vêtements à Genève, « Mlle B. », avant d'exposer en quoi cette affaire pose le problème de l'internement psychiatrique :

3 Argumentaire et revendications « Comité contre la répression psychiatrique », juillet 1976, p. 1 (AEG, 1988va007.2).

4 *Ibid.*

« Rappelons brièvement les faits : vendredi matin, sept inspecteurs de police se présentent au magasin de Mlle B., accompagnant deux infirmiers et une ambulance, qui doivent l'amener à Bel-Air, où elle doit être internée par décision du conseil de surveillance psychiatrique.

Mlle B. réussit à contacter Me Grobet, avocat de l'association de défense des locataires ASLOCA, et, avec l'aide de celui-ci, à faire suspendre la procédure. Ce succès est dû peut-être aussi à l'attroupelement causé par l'affaire dans la rue Rousseau, où est situé le magasin en question » (1976a, p. 10).

Nils de Dardel, alors avocat-conseil à l'Association genevoise de défense des locataires (ASLOCA-Genève), se souvient avoir été chargé par ses collègues de l'association « d'organiser l'aspect médiatique de cette opération de résistance » qui conduira à la mise en échec de la procédure d'internement en question⁵. Avant de revenir sur le déroulement de cette action, arrêtons-nous un instant sur la trajectoire professionnelle et militante de cet avocat, lequel, comme nous le verrons par la suite, participera à l'élaboration, en 1978-1979, du projet associatif de l'Adupsy et jouera un rôle important tout au long de l'existence de celle-ci, et même au-delà.

Nils de Dardel, né en 1943, effectue ses études de droit à l'Université de Lausanne (UNIL), avant d'entreprendre en 1967 un séjour d'études à Munich avec l'intention d'effectuer une thèse de doctorat⁶. Durant cette période, il devient sympathisant de l'Union socialiste allemande des étudiants (Sozialistische Deutsche Studentenbund – SDS). Il voyage dans différentes villes d'Allemagne de l'Ouest afin de participer aux réunions publiques et manifestations du syndicat étudiant indépendant et il se familiarise avec des formes d'actions directes. La même année, il séjourne également à Paris. De retour à Lausanne en 1968, il adhère aux Jeunesses progressistes (JP) et au Parti ouvrier populaire (POP), puis participe à la fondation de la Ligue marxiste révolutionnaire (LMR⁷). Durant cette même période, Nils de Dardel travaille comme

5 Entretien avec Nils de Dardel le 24 avril 2020.

6 *Ibid.*

7 *Ibid.* Entretien de Nils de Dardel publié sur le site internet : <http://archives.aehmo.org/index.php/temoignage-10>.

juriste à la section des recours du département de justice et police du canton de Vaud, puis comme greffier-juriste au tribunal cantonal des assurances (Vaud⁸). Il déménage ensuite à Genève où, sur proposition de l'avocat et député socialiste au Grand Conseil genevois Christian Grobet⁹, il débute un stage d'avocat et, simultanément, rejoint l'ASLOCA-Genève pour y exercer la fonction d'avocat-conseil¹⁰. Au début des années 1970, Nils de Dardel et Christian Grobet comptent parmi les membres les plus connus de l'AJP (Bindschedler, 1998). En 1973, Nils de Dardel obtient le brevet d'avocat. Dès lors, il travaille comme indépendant au barreau de Genève, tout en poursuivant son activité auprès de l'ASLOCA-Genève jusqu'à fin 2000¹¹. Comme il l'explique lui-même, « c'est au travers de l'ASLOCA [qu'il] rencontre le problème des patients psychiatriques¹² », et par le biais des événements et mobilisations liés à la tentative d'internement de « Mlle B. » qu'il fait la connaissance d'une partie des militant-es, dont Alain Riesen,

8 Notice biographique, <http://dedardel.ch/biografia/>. Nils de Dardel a été « déplacé » au tribunal des assurances sociales après que le conseiller d'État vaudois Claude Bonnard (Parti libéral) a appris, par la police, sa participation à la LMR. Entretien de Nils de Dardel publié sur le site internet : <http://archives.aehmo.org/index.php/temoignage-10>.

9 Christian Grobet (1941-2023), avocat et homme politique de gauche, a exercé au début des années 1970 le droit dans sa propre étude et comme avocat-conseil de l'Asloca-Genève. Il siège comme député socialiste au Grand Conseil genevois de 1969 à 1981. Début 1977, il dépose avec son collègue du Parti socialiste, Hans Jörimann, lui aussi député au Grand Conseil genevois, un projet de révision de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (K 1 12) du 14 mars 1936 (voir chapitre 4). De 1975 à 1982, puis de 1995 à 2003, Grobet est élu au Conseil national. Candidat au Conseil d'État genevois en 1980, il se fait devancer de justesse par Aloys Werner, professeur de neurochirurgie à l'université de Genève, directeur du département de chirurgie de l'hôpital cantonal et candidat indépendant de droite qui craint l'étatisation du système de santé genevois. Élu au Conseil d'État en 1981, Grobet dirige le département des travaux publics durant douze ans. En 1993, en raison d'une limitation du nombre de mandats, interne au Parti socialiste, il change de parti et siège comme député de l'Alliance de gauche au Grand Conseil genevois (1993-2005). De 2013 à 2018, il siège à nouveau comme député au Grand Conseil, sous la bannière du parti Ensemble à gauche (EAG). Au cours de sa carrière politique, Christian Grobet a été particulièrement actif sur les questions de logement (il a notamment été à l'origine d'initiatives cantonales).

10 Entretien avec Nils de Dardel le 24 avril 2020.

11 Notice biographique, <http://dedardel.ch/biografia/>.

12 Entretien avec Nils de Dardel le 24 avril 2020.

Roger Schuler et Richard Vuagniaux, avec lesquelles il élaborera, puis fondera en 1979 l'Adupsy¹³.

À propos du déroulement de l'« opération de résistance », pour reprendre une expression utilisée par Nils de Dardel, laquelle visait à entraver la procédure d'internement de « Mlle B. », signalons d'abord que la jeune femme était en contact avec l'ASLOCA-Genève avant même que l'affaire ne démarre. « Mlle B. » et sa mère étaient en effet confrontées à un jugement d'évacuation des locaux qu'elles louaient pour leur commerce et, depuis un certain temps déjà, étaient juridiquement conseillées et défendues par les avocats de l'association, et en particulier par Christian Grobet.

Le 26 mars 1976, alertés au téléphone par l'une des deux femmes, trois collègues de l'ASLOCA – Christian Grobet, David Lachat¹⁴ et Jacques-André Schneider¹⁵, tous déjà dotés d'une solide réputation de juristes et d'avocats à l'échelle suisse au moment des faits, d'après de Dardel – se rendent immédiatement sur place et appellent au « scandale » dans la rue, invitant les passant·es rassemblé·es à manifester

13 Dès juin 1980, soit immédiatement après le décès d'Alain Urban, membre fondateur de l'Adupsy, Nils de Dardel s'investit pour défendre la partie civile dans l'enquête pénale en cours, cela jusqu'à son terme en 1989. Au milieu des années 1980 (en 1986 environ), il adhère au Parti socialiste (entretien avec Nils de Dardel le 24 avril 2020. Entretien de Nils de Dardel publié sur le site internet : <http://archives.aehmo.org/index.php/temoignage-10>). Il est élu député au Grand Conseil genevois en 1989. En 1991, il devient conseiller national. Il quitte le Parti socialiste en 2005, avant de rejoindre en 2007 le Parti solidaritéS, situé à la gauche du Parti socialiste. En 2020, Nils de Dardel est toujours avocat indépendant et poursuit de cette façon son activité de défense des droits des patient·es de la psychiatrie dans l'arène judiciaire. Entretien avec Nils de Dardel le 24 avril 2020.

14 Né en 1949, David Lachat, avocat de profession, est aujourd'hui connu pour être un spécialiste du droit du bail en Suisse, sujet sur lequel il a publié une série d'écrits, principalement en collaboration avec l'Asloca (voir par exemple : Lachat [2019a, 2019b] ; Lachat et Brutschin [2020] ; Lachat et Micheli [1990]). De 1989 à 1993, il siège en tant que député du Parti socialiste au Grand Conseil genevois.

15 Né en 1952, Jacques-André Schneider accomplit ses études de droit à l'université de Genève (licence en 1974) et obtient son brevet d'avocat en 1979. Par la suite, il se spécialise dans les assurances sociales. Dès 1997, il enseigne le droit à l'université de Lausanne (Unil) et, dès 2009, y devient professeur titulaire. De 1989 à 1993, il siège comme député du Parti écologiste (PE) au Grand Conseil genevois.

leur solidarité envers la jeune commerçante¹⁶. La réaction des avocats et des personnes attroupées empêche en définitive les forces de police et le personnel infirmier d'exécuter la mesure d'internement, tandis que Nils de Dardel alerte la presse genevoise pour protester¹⁷.

Dans les jours qui suivent, la presse locale relate ces événements et les journalistes, à l'instar de Sylvie Arsever du *Journal de Genève*, relaient les dénonciations visant la mesure d'internement prononcée par le président du conseil de surveillance psychiatrique (CSP), le psychiatre Claude Horneffer (Steinauer, 1982, p. 55). Sylvie Arsever suggère de questionner à cette occasion les pouvoirs conférés à cet organe.

Régi par la loi cantonale en vigueur, la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (K 1 12) de 1936¹⁸, le CSP, précisons-le, est l'organe par lequel le Conseil d'État genevois et le procureur général exercent la surveillance générale des personnes atteintes d'affections mentales dans le canton de Genève. Dans la loi de 1936, cet organe est composé de sept membres nommés par le Conseil d'État : « 2 magistrats ou anciens magistrats de l'ordre judiciaire, 3 médecins-psychiatres et 2 membres suppléants, dont un médecin et un magistrat¹⁹. » Le procureur général participe en outre aux séances du CSP avec voix consultative. Il s'agit essentiellement d'un organe de contrôle chargé de vérifier la légalité des admissions et des sorties des malades dans les établissements publics ou privés, d'examiner les cas des personnes qui lui sont signalées par les autorités, par les médecins ou toute autre personne, et de surveiller et visiter les établissements psychiatriques. Sur la base d'un certificat médical attestant d'un état mental présentant un danger pour la personne elle-même, pour autrui ou pour l'ordre public, le CSP peut décider d'un internement psychiatrique. Par ailleurs, c'est auprès

16 Sur le contenu de cette « affaire » et la suivante, voir aussi l'ouvrage de Jean Steinauer publié en 1982, *Le Fou du Rhône : documents sur la crise psychiatrique genevoise*, et plus spécifiquement les pages 55 à 58.

17 Entretien avec Nils de Dardel le 24 avril 2020.

18 Art. 14 à 20.

19 Art. 15, al. 1.

de ce même organe qu'une personne qui subit une telle mesure doit en premier lieu recourir pour contester cette décision, le tribunal administratif constituant la seconde instance de recours.

Dans son article du 30 mars 1977, Sylvie Arsever donne de l'écho à la critique émise par l'un des mouvements de défense des intérêts des locataires – le Rassemblement en faveur d'une politique sociale du logement – à l'encontre de la décision d'internement de « Mlle B. », prise par le psychiatre Horneffer, président du CSP, sur la base d'un certificat médical : « le corps médical essaie de faire passer pour fous des locataires qui essaient simplement de défendre leurs droits » (Arsever, 1976a, p. 10). Le titre choisi pour cet article l'indique – « En marge d'une procédure d'internement : quels sont à Genève les pouvoirs du conseil de surveillance psychiatrique ? » –, il s'agit d'interroger les pouvoirs conférés au CSP. Après avoir exposé les motifs invoqués par le CSP pour justifier sa décision d'internement (la manifestation de « tendances suicidaires »), la journaliste passe en revue les instances et personnes habilitées à prononcer une mesure d'internement psychiatrique, les voies de recours existantes, la composition et l'organisation interne au CSP. Relevant que la décision d'internement est prise au vu d'un certificat rédigé par un-e médecin, elle conclut :

« En résumé, un grand pouvoir est donné aux médecins. Pouvoir peu contesté, puisqu'au Conseil de surveillance on dit avoir à intervenir peu souvent. On peut craindre que les personnes touchées par ce genre de mesures ne soient pas toujours les plus aptes à se défendre en faisant appel aux instances compétentes. Ceci dit, le fait qu'un seul recours, et encore non mené à terme, ait été introduit en cinq ans semble rassurant » (Arsever, 1976, p. 10²⁰).

Quelques jours seulement après la tentative échouée d'internement de la commerçante, une deuxième affaire d'internement est relayée par la presse locale ; le mouvement de contestation gagne en ampleur et en visibilité.

20 Le délai de cinq ans mentionné ici par la journaliste correspond à la date à laquelle la seconde instance de recours a été instituée, le tribunal administratif ayant été créé en 1971.

M. D. est un étudiant en droit qui conteste « trop systématiquement » les notes qui lui sont attribuées, qui enchaîne les dépôts de recours, profère des menaces, lesquelles donnent lieu à des dépôts de plaintes pénales – dont une partie d’entre elles ont été retirées –, et dont le comportement gêne manifestement les autorités universitaires qui décident de demander l’intervention du CSP²¹. Face au refus de l’étudiant de se rendre à ses convocations, ledit conseil choisit de mobiliser les forces de police afin que l’un de ses psychiatres procède à un examen médical, au terme duquel celui-ci rédige un certificat d’internement à la clinique psychiatrique de Bel-Air. Cette décision d’internement est maintenue par le CSP malgré l’opposition des psychiatres de l’établissement qui se prononcent en faveur d’un traitement ambulatoire dans un centre psychosocial. Se soumettant à la décision du CSP, la direction de l’établissement décide d’imposer une cure de sommeil²² à l’étudiant, en dépit des protestations de sa famille qui, par ailleurs, voit sa demande de visite rejetée, tout comme celle formulée par l’avocat de l’étudiant.

Mobiliser la presse et l’opinion publique pour décroïsonner et élargir le débat

En diffusant des communiqués et en organisant des conférences de presse, l’un des objectifs des militant-es engagé-es dans la contestation de ces deux cas précis d’internement est de dénoncer publiquement les limites et les problèmes importants posés par la loi sur le régime des personnes atteintes d’affections mentales (K 1 12) du 14 mars 1936. Pour autant, ces militant-es ont conscience de ne pas être les seul-es

21 Arsever (1976b) ; comité contre la répression psychiatrique, Association des juristes progressistes, et Association des étudiants en droit (1976) ; D. (1976) ; F. (1976) ; H. (1976).

22 La cure de sommeil est une méthode pharmacothérapeutique systématisée à partir des années 1920 par le psychiatre suisse Jakob Klaesi, dont le but était d’induire au moyen d’un médicament ou d’une combinaison de médicaments un état de sommeil comateux d’environ vingt heures par jour durant une période variant de quelques jours à trois semaines. Ce traitement réalisé dans un cadre médical, avec une équipe de soignant-es, pouvait être suivi d’une psychothérapie. Les indications des cures de sommeil et les hypothèses sur leurs modes d’action ont fortement évolué au cours du XX^e siècle et leur déclin a grandement varié selon les pays et les institutions psychiatriques (Missa, 2006, p. 69-71 ; Müller, 1996, p. 160-163).

à vouloir modifier cette loi. Certain-es – en particulier les juristes de l'ASLOCA et de l'AJP, dont Christian Grobet et Nils de Dardel – savent que les chambres fédérales réfléchissent aux modifications à apporter au Code civil suisse (CCS) en matière de privation de liberté à des fins d'assistance pour que puisse être levée l'une des réserves apportées à la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH), ratifiée en 1974 par la Confédération²³. Ils et elles ont conscience qu'une telle réforme du CCS impliquerait vraisemblablement une révision de la loi cantonale genevoise de 1936 sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (K 1 12). Dans ce contexte, la volonté des militant-es du comité contre la répression psychiatrique est de ne pas laisser aux seules autorités politiques et judiciaires en place le pouvoir de débattre de cette révision législative cantonale ainsi que de ne pas réduire le débat à une simple réforme législative :

« Le problème de l'internement forcé est objectivement au centre du problème de la psychiatrie, et par ailleurs, la loi de 1936 a fait la démonstration de ses insuffisances, c'est-à-dire de ses potentialités en scandales. La retouche de la loi s'impose tôt ou tard pour les autorités politiques et judiciaires. Nous avons avantage à intervenir dans ce débat et même à l'accélérer. À défaut, nous laisserions le champ libre aux forces

23 La ratification par la Suisse de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH), le 28 novembre 1974, a joué un rôle important dans le déclenchement de cette révision législative. Lors des travaux qui ont précédé cette ratification, il est apparu que les dispositions sur l'internement administratif et le placement d'enfants et de pupilles dans un établissement étaient incompatibles avec l'article 5 de la CEDH concernant les conditions auxquelles sont subordonnées la privation de liberté et la procédure applicable en la matière. Pour cette raison, la Confédération a émis une réserve temporaire à l'endroit de cet article jusqu'à l'entrée en vigueur des modifications du Code civil suisse (CCS) sur la privation de liberté à des fins d'assistance. Message du Conseil fédéral du 17 août 1977, feuille fédérale, 26 septembre 1977, 129^e année, volume III, n° 39, p. 1-64. Pour le passage spécifique consacré à cet aspect, voir p. 3-4. En octobre 1978, pour mettre fin aux législations cantonales sur les internements administratifs, l'Assemblée fédérale introduit de nouveaux articles dans le CCS définissant les conditions auxquelles est subordonnée la privation de liberté à des fins d'assistance, notamment dans un établissement psychiatrique ainsi que les principes généraux de la procédure. Adoption le 6 octobre 1978, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1981 ; ajout des articles 397a–397f CCS, et modification des articles 314a, 405a, 406 et 429a CCS. Au sujet de la suppression des législations cantonales sur les internements administratifs, voir (Dissler, 2019). À noter que l'introduction de *la privation de liberté à des fins d'assistance* n'introduit pas, en tout cas pas nécessairement, de rupture avec les internements administratifs dans le champ de la psychiatrie. À ce sujet, voir (Ferreira *et al.*, 2017).

bourgeoises pour concocter des retouches qui ne feraient qu'aggraver la répression psychiatrique²⁴. »

Pour les membres du comité contre la répression psychiatrique, il s'agit donc de décroquer et de radicaliser le débat sur l'internement psychiatrique afin qu'une réflexion de fond puisse avoir lieu publiquement sur « le pouvoir psychiatrique », ses formes « répressives », et sur les stratégies à adopter pour favoriser de meilleures garanties de protection des droits fondamentaux et libertés individuelles des personnes aux prises avec le « pouvoir “médico-administratif” » :

« Comme comité, nous pensons que ces deux affaires sont scandaleuses, car, d'une part, elles sont une atteinte aux libertés individuelles, d'autre part, elles représentent un état de fait qui permet au pouvoir de l'État, des propriétaires ou des régisseurs (cas des Dames B.), des patrons, des autorités universitaires (cas de l'étudiant D.), et de tous ceux qui peuvent en avoir l'intérêt de psychiatiser les conflits sociaux²⁵. »

À la suite de l'internement de l'étudiant en droit, l'assemblée des étudiants organise un rassemblement sur le site de la clinique de Bel-Air le 30 avril 1976²⁶, et dépose dans la foulée une pétition au Grand Conseil. Outre d'exiger la « libération immédiate » de l'étudiant interné et de « tous ceux qui sont internés par la procédure administrative », ces actions militantes visent à révéler et dénoncer le lien qui existe à leurs yeux « entre l'appareil policier de l'État et l'institution psychiatrique qui est ainsi utilisée à des fins répressives²⁷ ». Leur volonté est de protester contre « le pouvoir d'exception » conféré au

24 Argumentaire et revendications « Comité contre la répression psychiatrique », juillet 1976, p. 2 (AEG, 1988va007.2).

25 « Meeting – Forum. Internement psychiatrique. 18-19 juin, Maison quartier Jonction », Le comité contre la répression psychiatrique, p. 1 (AEG, 1988va007.2).

26 Une délégation d'une soixantaine d'étudiant-es sera reçue par le directeur de l'établissement, le Pr Julian de Ajuriaguerra, le conseiller d'État Willy Donzé chargé du département de la prévoyance sociale et de la santé publique, le secrétaire général du département, Jacques Tagini, et le secrétaire général de la clinique, Joseph Villat (Coupure de presse, *Tribune de Genève*, [s.d.], AEG, 1988va007.2).

27 « Communiqué de presse. Contre l'internement administratif ! Contre la psychiatrie répressive ! » de l'assemblée des étudiants (AEG, 1988va007.2).

CSP et d'exiger la dissolution de cette instance administrative qu'ils accusent « de déclarer fou quiconque est insoumis aux normes, et ceci en faisant l'économie d'un procès public²⁸ ». Par ces actions, les militant-es cherchent à mettre en évidence les pouvoirs et forces sociaux qui, de leur point de vue, contribuent de façon masquée à forger les valeurs morales, les normes et règles de droit ainsi que les pratiques des institutions psychiatriques jugées « répressives ».

Le comité contre la répression psychiatrique, avec le soutien de cinq autres collectifs de gauche (le groupe VPOD [*Verband des Personals Öffentlicher Dienste*] Bel-Air, le syndicat des employés des institutions sociales [FCHP-CRT], l'Association genevoise des médecins progressistes [AMP] et le Réseau romand pour une alternative à la psychiatrie), organise également au cours de cette période (les 18 et 19 juin 1976) un forum sur l'internement psychiatrique, dont l'annonce est relayée par la presse (F. B., 1976).

Dans la perspective des collectifs organisateurs, la lutte contre « la répression psychiatrique » ne doit pas se limiter à dénoncer les lois qui régissent les institutions psychiatriques. Elle doit se donner les moyens de réfléchir et de débattre plus en profondeur sur toute une série de questions qui ont trait tant aux moyens de contester les internements, de favoriser des solidarités et convergences de luttes, qu'à la fonction de « contrôle social » exercée par les différents pôles de la psychiatrie :

1. comment lutter concrètement contre l'arbitraire de l'internement forcé, qu'il soit fait par un médecin (internement d'urgence) ou qu'il soit fait par le biais du Conseil de surveillance psychiatrique ?
2. les admissions volontaires sont-elles un réel progrès sur l'internement forcé ou découlent-elles de la nécessité où peut se trouver une personne de se psychiatiser parce qu'elle ne peut résoudre autrement des problèmes dans la société actuelle ?
3. où et à quel moment la psychiatrie intervient-elle comme outil de contrôle social, et par conséquent, comment et de quel droit le médecin ou le Conseil de surveillance psychiatrique tracent-ils la frontière entre les comportements normaux et anormaux que chacun de nous peut vivre à un moment donné de son existence ?

28 *Ibid.*

4. comment favoriser une solidarité entre les travailleurs des institutions de santé et les travailleurs qui sont psychiatisés dans ces mêmes institutions, solidarité sur leurs problèmes de salaire, de conditions de travail, de lieux d'habitation et de vie quotidienne ?
5. par conséquent, comment lutter contre tout ce qui nous divise : les préjugés, les habitudes et la peur de la folie et des fous, les cloisonnements, soigneusement entretenus, entre lieux pour les fous et lieux où soi-disant l'ordre et la paix publics règnent²⁹ ?

Pour les personnes qui l'organisent, ce forum doit être l'occasion de débattre collectivement du sens à donner à l'augmentation du nombre de certaines modalités de traitements psychiatriques – notamment les admissions volontaires à l'hôpital –, et surtout de définir collectivement une ou des stratégies de lutte capables de générer des solidarités et de transformer en profondeur le dispositif psychiatrique perçu comme un outil de « contrôle social » de populations jugées « déviantes » ou « anormales » aux mains des psychiatres et du CSP.

Il est certes difficile d'estimer le succès rencontré par ces journées de réflexion et de débat auprès de la population genevoise ou romande – y compris auprès des professionnel·les de la santé mentale et du droit – au-delà des militant·es déjà mobilisé·es jusque-là³⁰. Il est néanmoins évident que les échanges qui se déroulèrent à cette occasion ont contribué à nourrir les prises de position des collectifs mettant en cause l'internement psychiatrique et qu'ils ont permis l'élaboration de documents diffusés au sein des collectifs militants, dans la presse et au parlement genevois.

29 Le comité contre la répression psychiatrique précise que cette liste de questions ne constitue qu'une série non exhaustive d'interrogations à partir desquelles les participant·es sont invité·es à réfléchir et à débattre par le biais de groupes de travail. « Meeting – Forum. Internement psychiatrique. 18-19 juin, Maison quartier Jonction », Le comité contre la répression psychiatrique, p. 2 (AEG, 1988va007.2).

30 Les documents d'archives consultés ne me permettent pas non plus de déterminer si, comme prévu initialement, des membres du Réseau international d'alternative à la psychiatrie d'autres pays (France, Italie, Grande-Bretagne, etc.) ont effectivement participé à ces journées de réflexion et d'action, et, le cas échéant, quelles ont été leurs contributions.



Illustration 2. Image de l'affiche annonçant le forum consacré à l'internement psychiatrique organisé par le comité contre la répression psychiatrique, avec le soutien des groupes syndicaux VPOD Bel-Air, syndicat des employés, et des institutions sociales FCHP-CRT, de l'Association genevoise des médecins progressistes et du Réseau romand « alternative à la psychiatrie ».

Problématiser l'internement psychiatrique au parlement genevois

Au début du printemps 1976, deux interventions successives attirent l'attention des député·es au Grand Conseil sur l'internement « administratif », de fait « psychiatrique » : tout d'abord par une interpellation déposée par le député socialiste (et par ailleurs

journaliste) Michel Jörimann au sujet de la tentative d'internement de la commerçante, puis par la pétition déposée par l'assemblée des étudiants³¹.

Une première intervention

L'interpellation du député Jörimann intitulée « Intervention policière pour expulser une locataire » porte exclusivement sur la première affaire d'internement relayée par la presse dès fin mars 1976. Déposée le 9 avril, elle est débattue au Grand Conseil lors de la séance du 21 mai³², alors que dans l'intervalle, d'autres articles ont été publiés dans la presse locale, à la fois sur cette affaire et sur celle de l'étudiant en droit.

Pour Jörimann, le cas de la commerçante de Genève soulève un problème de fond d'une importance capitale : « celui de la liberté individuelle et l'internement psychiatrique³³ ». Dans cette affaire, affirme-t-il lors de cette séance parlementaire, il ne fait aucun doute qu'il s'agit d'un internement « abusif », puisque la mesure a consisté à recourir à une procédure administrative et médicale pour faire exécuter un jugement d'évacuation.

Pour étayer son interprétation, Jörimann rappelle aux député-es et aux conseiller-es d'État présent-es une série de faits antérieurs à la mesure prononcée par le CSP. La jeune femme et sa mère étaient locataires d'une arcade abritant leur commerce. À la suite du décès du père en 1969, le commerce fut fermé durant trois ans. Bien que les arriérés de loyer aient entre-temps été acquittés, un jugement d'évacuation fut rendu à l'encontre des deux femmes. Toutefois, faute de solution de « relogement », le procureur général n'ordonna pas son exécution dans l'immédiat. Durant cette période, les commerçantes s'adressèrent aux député-es du Grand Conseil pour leur

31 « Pétition au Grand Conseil contre l'internement administratif » adressée par l'assemblée des étudiants, Genève, 12 mai 1976 (AEG, 1988va007.2).

32 Mémorial des séances du Grand Conseil de la République et canton de Genève (ci-après Mémorial), 21 mai 1976, p. 1824-1829.

33 *Ibid.*, p. 1825.

demander de leur venir en aide afin de trouver un arrangement avec la régie, leur permettant de continuer à exploiter leur commerce et ainsi conserver leur principale source de revenus. Les députés jugèrent que l'affaire relevait de la justice et renvoyèrent les deux femmes vers le procureur général. Ce dernier les convoqua pour examiner la situation et, parallèlement, contacta le CSP pour dénoncer le cas, « en insistant sur le fait [que les deux femmes] refus[aient] de se soumettre aux décisions de justice³⁴ ». Le président du CSP adressa à son tour une convocation aux deux dames, qui refusèrent d'y répondre, suivant l'avis de leur avocat – Christian Grobet – qui jugeait inadmissible que l'on puisse mettre en doute l'état mental de ses clientes. Le président du CSP se rendit alors directement chez celles-ci, procéda à leur interrogatoire et rédigea un rapport sollicitant l'internement psychiatrique de la plus jeune d'entre elles. Le 26 mars 1976, les forces de police se présentèrent à son domicile pour l'emmener à l'hôpital psychiatrique.

D'après le député Jörimann, c'est de toute évidence pour déloger les deux commerçantes que la mesure d'internement a été prononcée et que les forces de l'ordre ont été mobilisées³⁵. Le conseiller d'État socialiste Willy Donzé³⁶ (en charge du Département de la prévoyance sociale et de la santé, sous la responsabilité duquel est placé le CSP) étant absent lors de cette séance parlementaire,

34 *Ibid.*, p. 1825.

35 « [...] parce que, dans le cas des dames B. qui m'intéresse, c'est bel et bien pour les évacuer de l'arcade qu'elles occupent qu'on cherche à les faire interner, du moins l'une d'entre elles, et que l'on déplace sept inspecteurs de police pour faire exécuter la décision ». *Ibid.*, p. 1825.

36 Willy Donzé (1916-1987), fils d'un ouvrier horloger de La Chaux-de-Fonds, effectue une maturité commerciale, avant d'occuper divers emplois, puis de diriger les éditions Labor et Fides à Genève de 1956 à 1965. Député socialiste au Grand Conseil, il y siège de 1957 à 1965. En 1963, il devient conseiller administratif de la ville de Genève chargé du département des constructions et de la voirie, fonction qu'il exerce jusqu'en 1965. Élu conseiller d'État en 1965, il dirige le département de la prévoyance sociale et de la santé jusqu'en 1980, année de sa démission. En 1976, il est également élu conseiller aux États (1976-1983) et en 1977 député au Conseil de l'Europe (1977-1982). À l'échelle cantonale, Willy Donzé se distingue par deux lois, l'une sur l'aide à la vieillesse, l'autre sur l'exercice des professions de santé ainsi que par la mise en place d'un plan hospitalier et de l'assurance maladie obligatoire (J. De Senarclens, 2010).

Jörimann décide d'interpeller le conseiller d'État démocrate-chrétien Guy Fontanet³⁷, à la tête du Département de justice et police. Il interroge ce dernier sur les motifs réels de la décision d'internement : « Comment se fait-il que le procureur général puisse envisager de recourir à l'internement psychiatrique pour des locataires faisant l'objet de jugement d'évacuation, alors que ces locataires n'ont commis aucun délit³⁸ ? »

Pour lui répondre, le conseiller d'État Guy Fontanet se retranche derrière le rapport médical du CSP :

« Il est faux de prétendre qu'on a utilisé la formule de l'internement psychiatrique pour exécuter un jugement d'évacuation. [...] La décision prise par le Conseil de surveillance psychiatrique [je ne veux pas violer le secret de fonction] parle d'idée délirante, de paranoïa et d'autre chose de ce genre, et apporte la démonstration évidente que c'était pour des raisons médicales – je n'ai pas à me prononcer à ce propos – que cette dame a été appelée à être internée. [...] Je m'inscris donc en faux contre l'idée avancée que l'on utiliserait une procédure médicale pour exécuter un jugement d'évacuation. Ce n'est pas vrai³⁹. »

Le député Jörimann pointe aussi plusieurs « limites » et « insuffisances » de la loi genevoise de 1936 sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (K 1 12) en matière de protection des citoyen-nes. S'appuyant sur l'évolution récente des principes de droit et procédures administratives ainsi que sur la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) que la Suisse vient de ratifier, Jörimann attire l'attention du Conseil d'État et des député-es

37 Guy Fontanet (1927-2014) accomplit des études de droit et de lettres à Genève et Heidelberg, puis exerce comme avocat (1954-1973). Dès 1952, il est membre du parti indépendant chrétien social (futur PDC [Parti démocrate-chrétien]). Après avoir siégé au Conseil municipal de Chêne-Bougeries (1955-1959), comme député au Grand Conseil genevois (1957-1973), puis au Conseil national (1971-1978), il est élu au Conseil d'État en 1963 et dirige jusqu'en 1985 le département de justice et police. Sur le plan de la politique cantonale genevoise, il est connu pour avoir réformé les Codes de procédure, créé l'assistance juridique, légiféré sur les avocats, la police, la protection contre l'utilisation abusive des données informatiques, fait construire la prison de Champ-Dollon et étatisé les transports publics (Liebeskind Sauthier, 2014).

38 Mémorial, 21 mai 1976, p. 1826.

39 *Ibid.*, p. 1827.

sur une série de points de procédure méritant d'être réexaminés. Selon lui, il faudrait offrir une meilleure garantie des droits des personnes, aussi bien en matière de fondement et de portée de la décision d'internement que d'information. Toute personne faisant l'objet d'une telle mesure devrait connaître son droit à être entendue ainsi que les possibilités de recours.

Bien que rejetant avec véhémence les griefs portant sur la mobilisation des forces de police dont il a la charge, le conseiller d'État Guy Fontanet reconnaît au terme du débat qu'une révision de la loi cantonale de 1936 est nécessaire. Il invite par conséquent le député à s'adresser directement à son collègue chargé du Département de la prévoyance sociale et de la santé, le conseiller d'État Willy Donzé, assurant que ce dernier est, lui aussi, « désireux de trouver de meilleures formules de procédure que celle qui existe⁴⁰ ».

La pétition de l'assemblée des étudiants

Le 12 mai 1976, l'assemblée des étudiants dépose au parlement genevois sa pétition munie de 847 signatures, intitulée « Contre l'internement administratif ». Ce faisant, elle cherche à se constituer partie prenante des débats politiques menés dans cette arène sur le problème de l'internement psychiatrique qu'elle a contribué à faire émerger dans l'opinion publique.

Dans sa pétition, l'assemblée des étudiants s'en prend directement aux éléments constitutifs du dispositif psychiatrique genevois : le principe même de l'internement, institutionnalisé et légitimé par la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (K 1 12) du 14 mars 1936, alors en vigueur ; le CSP, doté par cette même loi du pouvoir d'interner ; l'État, dont le pouvoir est exercé selon les pétitionnaires par les magistrats siégeant au sein du CSP ; et l'institution psychiatrique, à laquelle est conféré, toujours selon les pétitionnaires, le pouvoir de juger et de « sanctionner » les écarts aux normes sociales et morales, telles que définies par l'État. Outre

40 *Ibid.*, p. 1829.

d'exiger la libération de toutes les personnes internées administrativement en psychiatrie, les pétitionnaires prennent clairement position contre le principe de l'internement administratif dont la suppression est demandée. Dans leur texte, les pétitionnaires :

- « – Dénoncent le fait que le conseil de surveillance psychiatrique puisse, par la procédure des internements administratifs, interner des gens contre leur volonté, car cette procédure enlève dans les faits toute possibilité de défense à l'interné. Elle ouvre les portes à l'arbitraire le plus total. Elle donne, d'autre part, des pouvoirs d'exception à l'appareil d'État, qui est représenté par des hauts magistrats dans le conseil de surveillance psychiatrique. La psychiatrie est ainsi utilisée pour réprimer l'individu qui ne se plie pas à la définition que donne l'administration de la norme ;
- Exigent, par conséquent, l'abrogation de cette procédure arbitraire et répressive et demandent la libération immédiate de M. D. (d'autant plus que, dans son cas, la loi a été violée), ainsi que de tous ceux qui sont internés par la procédure administrative⁴¹. »

Dans les mois qui suivent, les député-es, membres de la commission chargée d'examiner la pétition, auditionnent le procureur général ainsi que l'assemblée des étudiants, représentée par deux médecins, Maurice Rey et Richard Vuagniaux⁴², et par l'avocat Daniel Lachat. Ceux-ci remettent à cette occasion aux député-es un dossier constitué d'une série de documents, principalement rédigés par l'assemblée des étudiants et le comité contre la répression psychiatrique : des communiqués et coupures de presse, un tract, des notes, des schémas sur les différentes procédures d'internement ainsi que des argumentaires et prises de position⁴³. Ces réflexions critiques, prises de position et propositions sont conçues par leurs signataires comme autant de contributions au débat sur l'internement psychiatrique et les différentes formes de « répression

41 « Pétition au Grand Conseil contre l'internement administratif » adressée par l'assemblée des étudiants, Genève, 12 mai 1976 (AEG, 1988va007.2).

42 Tous deux sont aussi membres du Comité action santé (CAS) ainsi que des Réseaux international et romand d'alternative à la psychiatrie. Ils feront également ultérieurement partie des membres fondateurs de l'Adupsy. Entretiens avec Alain Riesen du 11 octobre 2012 et avec Richard Vuagniaux le 21 février 2014.

43 Il s'agit d'une partie des documents mentionnés dans l'introduction (voir note de bas de page 19) conservés dans le fonds AEG, 1988va007.2.

psychiatrique » ; un débat qui doit aussi être mené au sein de la population et ne saurait se réduire à une simple discussion autour de la révision de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (K 1 12) du 14 mars 1936.

D'une critique radicale de l'internement et de l'institution psychiatrique à une mobilisation en faveur des droits des personnes internées

Dans deux argumentaires transmis aux député·es, le comité contre la répression psychiatrique procède à une critique radicale de l'internement psychiatrique à partir d'une critique institutionnelle qui s'inscrit dans une version marxiste du discours des forces sociales caractéristique des organisations militantes contestant la psychiatrie dans les années 1970 (Dodier et Rabeharisoa, 2006, p. 14). Affirmant en premier lieu vouloir replacer « le problème de l'internement dans son cadre général », le comité contre la répression psychiatrique débute son argumentaire par une critique institutionnelle focalisée sur la dénonciation de la rupture des attaches ordinaires de la personne internée et de l'état d'isolement social dans lequel celle-ci se trouve dès lors qu'elle est placée. Le comité identifie un premier objectif potentiel qui découle de cette critique : la suppression de l'institution psychiatrique.

« Si l'on considère le problème de l'internement forcé dans son cadre général, il se pose en relation avec l'institution psychiatrique. Cette institution est, par définition, un lieu où des personnes considérées comme malades mentales sont exclues de la participation active à la vie sociale et coupées de leur milieu social naturel. Ce fait peut contribuer à la dégradation de la santé de ces personnes, puisqu'elles sont condamnées à la passivité dans un milieu fermé. De ce point de vue, la suppression de l'institution psychiatrique pourrait être un objectif à atteindre⁴⁴. »

Le comité n'en reste toutefois pas à une critique, historiquement classique, du principe d'isolement. Adoptant une ontologie du social

44 « Les perspectives du comité : contribution à une discussion », p. 1 (AEG, 1988va007.2).

réductionniste (Dodier et Rabeharisoa, 2006⁴⁵), il poursuit son argumentaire en évaluant à nouveaux frais ce premier objectif potentiel de supprimer l'institution psychiatrique, cela en le situant dans le contexte politique plus large des sociétés capitalistes. Selon le collectif, le niveau fondamental et stabilisateur de l'ensemble de ce système sociétal est celui des rapports de domination. Le rapport normal/pathologique – au fondement même de l'institution psychiatrique dans ce registre discursif – n'en constitue que l'une des formes d'expression. Aussi, pour le comité contre la répression psychiatrique, tant que subsiste un système capitaliste, l'objectif de la suppression des institutions psychiatriques ne peut être réalisé, car le rôle joué par ces institutions dans le maintien de l'ordre social de l'ensemble du système est essentiel :

« Cet objectif n'est cependant pas réalisable en système capitaliste et même un capitalisme réformé ne saurait se passer des institutions psychiatriques, puisque la coupure entre le normal et le pathologique est un facteur stabilisateur du système. Même si on admet que la pathologie existera toujours, on peut imaginer un changement radical du rapport entre celle-ci et le normal. Cependant, vouloir réaliser aujourd'hui la suppression de l'institution psychiatrique signifierait tout simplement réaliser cette modification radicale du rapport normal/pathologique et à plus forte raison *du rapport de domination* propre au système capitaliste. Il faut en effet replacer l'institution psychiatrique dans le même contexte politique que les autres institutions répressives qui garantissent le maintien de l'ordre social⁴⁶ » (Je souligne).

Dans cette version marxiste du discours des forces, le système capitaliste est aussi tenu pour responsable de l'isolement

45 Selon Dodier et Rabeharisoa, dans la version marxiste du discours des forces sociales, les forces renvoient aux classes sociales engendrées par le développement du capitalisme. Dans les années 1970 notamment, ce discours des forces a étendu sa critique, au-delà du capital, au pouvoir en général. Aussi, l'ontologie du social propre à un tel discours peut-il être qualifié de « réductionniste » selon ces auteur-es, lorsque cette ontologie « tend à rapporter toutes les entités à un plan de projection unique, celui des rapports de domination, considéré comme le niveau fondamental et comme la seule cible véritable des interventions qui puisse permettre d'aller au fond des choses » (2006, p. 14).

46 « Les perspectives du comité : contribution à une discussion », p. 1-2 (AEG, 1988va007.2).

des personnes internées et de l'atomisation de différents groupes occupant une position semblable de dominé-es (travailleur·euses, étudiant·es, malades psychiques). Pour le comité, cette atomisation et ce manque de solidarité font en définitive obstacle à l'objectif d'abrogation de l'internement psychiatrique, celui-ci ayant pour fonction de suppléer aux limites et insuffisances de l'entourage familial et des proches des interné·es :

« [...] la suppression totale de l'internement forcé se heurte à un problème, qui tient au fait que l'internement psychiatrique ne joue pas seulement un rôle de répression étatique contre les “déviant·es”, mais aussi un rôle de substitut social aux insuffisances irrémédiables de l'entourage des fous (isolement, atomisation, cercle étroit de la famille). Ne serait-ce qu'à cause de la longue durée du temps de travail, une famille de travailleurs n'a pas la possibilité d'assumer l'entourage et l'aide nécessaire à un des siens en pleine décompensation. Sans compter que la famille est une structure isolée, restreinte et décrépète, non apte à intégrer la folie. [...] Sans compter l'absence de solidarité fraternelle entre les travailleurs, et de structures qui organisent une telle solidarité, permettant en plus d'intégrer et de prendre en charge la folie de certains d'entre eux. Il est totalement problématique, dans l'état actuel de l'organisation sociale, et tant que subsiste la société capitaliste qui institue et perpétue l'isolement des gens, d'avancer en positif une alternative complète à l'internement psychiatrique⁴⁷ ».

Partant de ce constat, le comité poursuit son argumentation en se fixant dès lors pour tâche de formuler des revendications qui, en dépit des obstacles identifiés, aillent dans le sens d'une « lutte contre l'internement forcé » et d'une dénonciation de son caractère nécessairement « arbitraire » et « abusif ». « Psychiatriser » les travailleur·euses et les déviant·es, que ce soit en attribuant une « étiquette » de « malade mental·e » ou de « fou » ou « folle » ou en prescrivant des médicaments à un·e travailleur·euse « déprimé·e » afin qu'il ou elle s'absente moins de son travail, relève de l'arbitraire, du médecin ou du patronat. En outre, le collectif observe que si imposer des traitements forcés en ambulatoire à un individu (y compris en hôpital de jour) est une profonde atteinte à sa liberté,

47 Argumentaire et revendications « Comité contre la répression psychiatrique », juillet 1976, p. 1-2 (AEG, 1988va007.2).

l'interner dans un hôpital psychiatrique constitue une mesure bien plus grave, car elle le prive des moyens de résister au pouvoir « arbitraire » de la psychiatrie :

« [...] enfermer [une personne], c'est une mesure irrémédiable de privation totale de liberté (que l'État réserve normalement à ses délinquants) ; il s'agit de la mesure qualitativement la plus grave, contre laquelle les travailleurs doivent prioritairement être protégés. Dans ces conditions, toute mesure ambulatoire est toujours préférable à la privation totale de liberté, en ce sens que le psychiatisé est simplement plus libre de résister à l'arbitraire de la psychiatrie quand il n'est pas enfermé⁴⁸ ».

Les militant-es du comité ajoutent ne faire aucunement confiance aux lois ou aux autorités pour juger et délimiter « avec “objectivité” » les cas où l'internement serait « nécessaire » et ceux où il serait « abusif ». Pour le comité, l'internement est *toujours* abusif. Les seuls moyens pour s'en protéger sont le développement d'alliances et de mobilisations collectives entre groupes dominés, et l'organisation des luttes pour les droits des personnes internées. L'obtention de ces droits constitue la condition *sine qua non* qui doit permettre de dépasser le cadre des dénonciations de cas d'internements particuliers, et rendre possible le développement d'alliances durables entre dominé-es :

« La seule protection réelle des personnes menacées d'internement est celle que peu[ven]t offrir la solidarité et la mobilisation des organisations de travailleurs (ou d'étudiants). Mais l'obtention de droits démocratiques des internés et des personnes menacées d'internement est la condition nécessaire pour qu'une telle solidarité puisse s'exercer de manière permanente, systématique (et non seulement ponctuelle⁴⁹). »

Constatant qu'à la suite des luttes menées à Genève à l'encontre de l'internement psychiatrique et de la « sensibilisation » à ce problème d'une part non négligeable « de travailleurs sociaux, de travailleurs hospitaliers, [et] étudiants », des marques de solidarité avec

48 *Ibid.*, p. 2.

49 Argumentaire et revendications « Comité contre la répression psychiatrique », juillet 1976, p. 2 (AEG, 1988va007.2).

des personnes internées ou menacées de l'être ont émergé, le comité juge que « la répression psychiatrique » devrait être « l'affaire de l'ensemble du mouvement de la gauche et du mouvement ouvrier⁵⁰ ».

Doter l'« usager » de nouveaux droits ou comment redéfinir les pouvoirs des actrices concernées

À partir de cet ensemble d'idées, d'arguments et de prises de position – et notamment du constat selon lequel l'abrogation de l'internement psychiatrique ne peut constituer un objectif réalisable en l'état du système politico-économique, capitaliste, régissant la société –, le comité contre la répression psychiatrique avance une série de revendications, directement liées à la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (K 1 12) du 14 mars 1936 et au système d'internement psychiatrique⁵¹. Celles-ci seront portées devant la commission des pétitions par les trois membres délégués lors de leur audition le 28 février 1977 (David Lachat, Maurice Rey et Richard Vuagniaux⁵²). Ces revendications témoignent d'une volonté de la part des pétitionnaires d'apporter leur contribution au débat sur la loi qui régit l'internement psychiatrique et dont ils et elles réclament la révision. Ils et elles souhaitent en outre « élargir le débat [à] l'ensemble des problèmes de la répression psychiatrique⁵³ » et demandent aux député·es que leurs revendications « soient examinées dans le cadre d'une éventuelle nouvelle loi ». Celles-ci portent essentiellement sur trois éléments : le droit de

50 *Ibid.*

51 « Les perspectives du comité : contribution à une discussion », p. 2, et argumentaire et revendications « Comité contre la répression psychiatrique », juillet 1976, p. 3 (AEG, 1988va007.2).

52 PV de la commission des pétitions, 28 février 1977, p. 742 (AEG, 1988va007.2). Les député·es qui prennent part aux discussions au traitement de la pétition lors des séances de commission sont les suivant·es : André Morisod (PR [Parti radical]) (dont je n'ai pu identifier la profession), René Guidini (PL [Parti libéral]) (pharmacien), Georges Borgeaud (PDC) (avocat), Christiane Magnenat-Schellack (PS [Parti socialiste]) (biologiste et traductrice), Jean-Pierre Rigotti (PT [Parti du travail]) (dont la profession m'est également inconnue).

53 Argumentaire et revendications « Comité contre la répression psychiatrique », juillet 1976, p. 3 (AEG, 1988va007.2).

recours, la procédure d'internement, et l'instance de recours et de surveillance psychiatrique.

En matière de recours, les pétitionnaires exigent que « toute personne susceptible d'être internée par un médecin ou par une instance administrative⁵⁴ » en soit informée « à l'avance » et ait le droit de déposer un recours « avec effet suspensif » et « publicité des débats (si la personne menacée ne préfère pas le huis clos⁵⁵). » Car pour le comité contre la répression psychiatrique « la multiplication des cas d'internement forcé est possible par le secret dont s'entourent les autorités médico-légales⁵⁶ ». Si les pétitionnaires observent qu'un droit de recours auprès du tribunal administratif contre les décisions du CSP est prévu dans la loi de 1936 en vigueur⁵⁷, ils et elles estiment que « dans la réalité, ce droit de recours est hypothétique, car non seulement l'interné n'est pas informé, mais encore on ne lui donne pas *a priori* la possibilité de le faire valoir⁵⁸ ». De surcroît, « le patient, admis dans l'institution, est souvent immédiatement “calmé”, [et] cela d'autant plus s'il manifeste son désir de recourir contre la mesure d'internement⁵⁹ ». Pour montrer l'importance de ce problème, les trois délégués des pétitionnaires s'appuient sur les deux cas d'internements dénoncés publiquement. En réponse au député libéral René Guidini (commissionnaire), qui ne comprend pas pourquoi l'association exige que le droit de recours ait un effet suspensif, l'avocat Daniel Lachat invite à les distinguer : « l'un [le cas de l'étudiant en droit] relevant en effet des autorités judiciaires si la personne a commis des infractions et l'autre [le

54 « Les perspectives du comité : contribution à une discussion », p. 2 (AEG, 1988va007.2).

55 *Ibid.* et argumentaire et revendications « Comité contre la répression psychiatrique », p. 3 (AEG, 1988va007.2).

56 Argumentaire et revendications « Comité contre la répression psychiatrique », juillet 1976, p. 3 (AEG, 1988va007.2).

57 L'article 19, alinéa 1, de la loi de 1936 dispose à ce propos : « Tout intéressé, y compris le malade lui-même, peut recourir au tribunal administratif [nouvelle teneur selon la loi du 29 mai 1970, dès le 21 juin 1971] contre les décisions du Conseil de surveillance psychiatrique. »

58 « Critique de la loi sur les affections mentales de 1936 », p. 2 (AEG, 1988va007.2).

59 « Loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (14 mars 1936). Critiques de son application médicales », p. 1 (AEG, 1988va007.2).

cas de la commerçante], sans infraction, qui ne peut relever de ces autorités⁶⁰ ». Pour Lachat, seule une mise en danger d'autrui – élément différenciant le premier cas du second – pourrait autoriser une mesure d'internement d'urgence, sans qu'un effet suspensif ne soit associé à un éventuel recours contre cette mesure : « s'il y a danger, il peut y avoir urgence à interner en cas d'infraction, mais la distinction est nécessaire entre les 2 cas et cet effet suspensif est la protection de l'individu⁶¹ ». Cherchant à attirer en outre l'attention des député·es commissionnaires sur l'importance de la publicité des débats, sous réserve de l'accord de l'intéressé·e, il observe :

« Si la publicité des débats peut paraître scandaleuse, il faut quand même relever qu'elle est importante dans la mesure où on considère l'hôpital comme une charnière entre les problèmes médicaux et sociaux. Il est donc utile que la société puisse prendre connaissance des situations⁶². »

Ces revendications spécifiques en matière de recours – notification à l'intéressé·e de la décision d'internement avant sa mise en œuvre, information de l'intéressé·e du droit et des voies de recours contre une telle décision, effet suspensif associé au recours et publicité des débats lors de la procédure de recours – sont conçues par les pétitionnaires comme « un élargissement des droits démocratiques qui permet une protection contre les interventions arbitraires de l'État dans la vie privée⁶³ ».

Ensuite, en matière de procédure d'hospitalisation (« volontaire » ou « libre » et « non volontaire » ou « internement »), les représentants des pétitionnaires revendiquent, lors de leur audition et dans les documents qu'ils transmettent aux député·es commissionnaires, essentiellement « l'interdiction de l'abus de l'internement d'urgence

60 PV de la commission des pétitions, 28 février 1977, p. 744 (AEG, 1988va007.2).

61 *Ibid.*

62 *Ibid.*, p. 743.

63 « Les perspectives du comité : contribution à une discussion », p. 2 (AEG, 1988va007.2).

qui est actuellement systématique⁶⁴ ». Pour autant, selon eux, les dispositions régissant l'admission volontaire dans la loi de 1936 (K 1 12⁶⁵) ainsi que les pratiques qui lui sont associées ne vont pas non plus sans poser de problèmes et en particulier sur deux aspects.

Premièrement, le statut d'hospitalisation volontaire, observent-ils, peut être transformé en internement⁶⁶. Le médecin de l'établissement peut effectivement refuser la demande de sortie d'un-e patient-e entré-e sur un mode volontaire s'il estime qu'il ou elle présente un danger pour lui-même ou elle-même ou pour autrui. Le CSP doit en être avisé, qui délègue alors un médecin pour examiner le ou la patient-e dans un délai de deux à cinq jours. Pour les pétitionnaires, il est évident que :

« par rapport à l'internement, cette modification du statut du malade limite encore davantage ses droits. Pourquoi ? Parce qu'il s'écoule généralement plus de vingt-quatre heures (souvent deux à cinq jours) entre le début du traitement et la notification par le CSP de la mesure d'internement et d'un droit de recours éventuel. Lorsque le malade prend conscience de sa situation, encore faudrait-il qu'il ait les moyens d'y faire face⁶⁷ » ;

Les pétitionnaires accusent en outre le CSP de ne jamais informer le ou la patient-e dans ces situations de son droit de recours auprès du tribunal administratif.

64 Argumentaire et revendications « Comité contre la répression psychiatrique », juillet 1976, p. 3 (AEG, 1988va007.2).

65 L'admission libre est régie par l'article 21, alinéa 2, qui dispose que : « [...] les malades qui ont consenti à leur admission en signant, à cet effet, une formule avant leur entrée ou dès leur entrée dans un établissement, sont admis sans autre formalité que la production d'une attestation médicale constatant que leur état mental actuel justifie cette mesure. Le directeur de l'établissement peut refuser l'admission s'il l'estime inopportune, sauf recours au Conseil de surveillance ; chaque entrée est signalée par lui dans les vingt-quatre heures au Conseil de surveillance ».

66 La loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (K 1 12) du 14 mars 1936 dispose à ce propos que : « Tout malade entré librement selon l'article 21, alinéa 2, peut demander sa sortie qui doit lui être accordée à bref délai, à moins qu'elle n'offre un danger pour le malade ou pour autrui. Le cas est alors soumis sans retard au Conseil de surveillance psychiatrique qui ordonne les mesures jugées nécessaires » (art. 27).

67 « Loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (14 mars 1936). Critiques de son application médicales », p. 3 (AEG, 1988va007.2).

Deuxièmement, le caractère obligatoirement provisoire de toute sortie⁶⁸, y compris lors d'une hospitalisation volontaire, constitue dans les faits une véritable forme « de rétention à caractère menaçant, qui rappelle davantage un règlement de prison qu'une mesure de soins ». En suivant les règles de procédure inscrites dans la loi de 1936 (K 1 12), ils et elles constatent qu'une personne entrée volontairement et qui quitterait l'établissement contre l'avis du médecin serait considérée comme « évadée », et que son cas devant dès lors être soumis au CSP, celui-ci « pourrait cette fois-ci l'interner non volontairement », et « par mesure de représailles⁶⁹ ».

Critiquant ensuite la procédure d'internement « urgente », les pétitionnaires rappellent qu'il existe deux procédures (l'une « urgente » et l'autre « ordinaire » ou « non urgente ») et regrettent que celle qualifiée d'« ordinaire », et qui « devrait être la norme selon la loi », ne soit « que rarement utilisée ». L'internement « non urgent » ou « ordinaire » peut être sollicité par un·e parent·e, un·e ami·e, la police, un·e médecin ou le CSP (alerté par exemple par des voisins). Cette procédure exige une autorisation préalable du département de la prévoyance sociale et de la santé publique, délivrée sur la base d'un certificat médical et des papiers d'identité de l'intéressé·e et du ou de la requérant·e⁷⁰. La personne est ensuite emmenée à l'hôpital – avec l'intervention légale de la police le cas échéant – et le CSP et la Chambre des tutelles en sont informés. Comme le remarquent les pétitionnaires, la procédure peut durer quinze jours ou plus. Selon eux, cette procédure d'internement est la seule, parmi celles prévues par la loi, qui puisse protéger les droits de la personne. La mesure est en effet notifiée avant son

68 L'article 30 de la loi de 1936 prévoit que toute personne qui quitte l'établissement psychiatrique avec l'accord préalable du médecin « peut être réintégré[e] dans l'établissement sans nouvel examen médical dans les trente jours qui suivent sa sortie. Avis en est donnée dans les vingt-quatre heures par la direction de l'établissement ». Pour les cas où la personne quitte l'établissement psychiatrique sans l'accord du médecin (« évasion »), la loi de 1936 prévoit un délai de deux mois (art. 33).

69 « Loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (14 mars 1936). Critiques de son application médicales », p. 3 (AEG, 1988va007.2).

70 Loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (K 1 12), art. 21, al. 1 et 4.

exécution et, dans le cas où elle est effectivement appliquée, la personne visée dispose d'un délai de trente jours pour recourir. Pourtant, « c'est la procédure d'urgence qui demeure pratique courante dans le corps médical, alors que cette notion d'urgence n'est que rarement évidente⁷¹ ».

L'internement urgent, précisent encore les pétitionnaires, peut être décidé par quatre autorités différentes : un médecin, le CSP, le département ou la police. La police doit obligatoirement obtenir l'autorisation préalable du département avant de pouvoir procéder à un internement, contrairement aux médecins et au CSP qui peuvent s'en passer en différant cette autorisation de vingt-quatre heures, le département peut pour sa part intervenir d'office, certificat médical à l'appui, dans les cas d'urgence, de danger notoire ou d'abandon⁷². Pour le comité contre la répression psychiatrique, « l'internement forcé », et *a fortiori* cette procédure « d'urgence » :

« est toujours la pire des solutions sociales pour les psychiatisés [...] [et] il conviendrait d'en faire une démonstration systématique dénonçant les cas d'internement forcé et démontrant les solutions autres qui étaient possibles. Notamment en s'attachant à réfuter l'argument pro-internement invoqué à propos des suicidaires⁷³ ».

Au cours de leur audition, les représentants des pétitionnaires ont l'occasion de présenter leurs arguments en réponse à Georges Borgeaud, député du Parti démocrate-chrétien et avocat de profession. Ce dernier fait part de ses interrogations :

« A-t-on le droit d'interner quelqu'un qui risque de se détruire lui-même ? En tant que député on voit le fonctionnement de l'État et il semble qu'on lui amène des gens. Or, le premier devoir d'une institution officielle est de savoir si oui ou non elle peut prendre une personne en charge. Y aurait-il danger [à ce] que l'institution abuse des choses⁷⁴ ? »

71 « Loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (14 mars 1936). Critiques de son application médicales », p. 3 (AEG, 1988va007.2).

72 Art. 21, al. 9.

73 Argumentaire et revendications « Comité contre la répression psychiatrique », juillet 1976, p. 1 (AEG, 1988va007.2).

74 PV de la commission des pétitions, 28 février 1977, p. 744 (AEG, 1988va007.2).

Les deux psychiatres Maurice Rey et Richard Vuagniaux prennent d'abord soin de corriger les propos du député, en précisant que ce n'est pas l'« État » qui endosse un rôle actif dans ce genre de situation, mais les psychiatres qui rédigent le certificat médical d'urgence. Ils font ensuite valoir que si « le problème suicidaire existe », il est toutefois « gênant de voir à travers celui-ci l'ensemble des problèmes ». Différenciant plusieurs types de comportements suicidaires, Richard Vuagniaux soutient que pour une partie d'entre eux « des interventions plus souples, soit par le biais du médecin, soit par le biais du Centre psychosocial universitaire⁷⁵ » pourraient être prévues. Maurice Rey plaide, lui aussi, pour des solutions alternatives à l'internement d'urgence en hôpital psychiatrique, arguant que l'hôpital cantonal, déjà confronté à une partie des « suicidaires », pourrait « représenter un milieu plus tolérant » pour évaluer ce type de situation.

Lors de leur audition, les représentants des pétitionnaires soulignent aussi qu'il est important de garantir les droits des personnes internées en urgence. L'internement psychiatrique, relève l'avocat Lachat, ne devrait pas être utilisé « comme un pis-aller lorsqu'il n'y a pas moyen de guérir, par exemple par le système ambulatoire⁷⁶ ». Constituant une mesure grave de privation de liberté, il « ne devrait être appliqué que dans des cas extrêmes et c'est pourquoi il doit être bien défini par rapport à la loi⁷⁷ ».

Finalement, les pétitionnaires avancent encore une série de revendications visant à redéfinir l'instance de recours et de surveillance instituée par la loi genevoise de 1936 (K 1 12) : le CSP. Revendiquant tantôt une réforme en profondeur des fonctions et de la composition de cette instance, tantôt sa suppression complète et son remplacement par une instance de recours « qui ait pour seule fonction de

⁷⁵ *Ibid.*

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ *Ibid.*

libérer les personnes internées ou menacées d'internement⁷⁸ », les pétitionnaires reprochent à cette instance de ne pas exercer la mission première qui lui est conférée par la loi : « Le CSP a été institué, en premier lieu, pour “vérifier la légalité des admissions et des sorties... et contrôler leur bien-fondé”. Précisément ce qu'il ne fait pas⁷⁹. » Ses activités, observent-ils et elles, sont dirigées vers la « protection de la société » et « l'enfermement des personnes » :

« quel malade, interné sur la base d'un certificat médical rédigé par un médecin de la ville n'a jamais été sorti de BA [l'hôpital psychiatrique de Bel-Air] par le CSP ? Il entérine au contraire quasi systématiquement toutes les décisions de confrères, sur la base d'un seul certificat médical qu'il reçoit de l'institution pour les entrées volontaires et du Département pour les internements non volontaires⁸⁰ ».

Évoquant à nouveau « les cas récents relatés dans la presse locale », les pétitionnaires accusent cette instance d'avoir au contraire pris « trop au sérieux » son rôle d'autorité d'internement, rôle lui aussi conféré par la loi. Dans une perspective réformiste, les pétitionnaires suggèrent que soient pour le moins restreintes les compétences du CSP en supprimant notamment son droit d'interner des personnes qui lui sont signalées. Ils et elles souhaitent aussi limiter les compétences du procureur général et demandent que celui-ci soit exclu du

78 Argumentaire et revendications « Comité contre la répression psychiatrique », juillet 1976, p. 3 (AEG, 1988va007.2).

79 « Loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (14 mars 1936). Critiques de son application médicales », p. 3 (AEG, 1988va007.2). Selon l'article 18, al. 1, lettre a) de la loi de 1936 qui régit les attributions du CSP, celui-ci : « vérifie la légalité des admissions et des sorties des malades reçus dans les établissements publics ou privés et peut contrôler leur bien-fondé ». À noter que les pétitionnaires adoptent aussi une interprétation de la mission du CSP plus radicale et davantage empreinte d'une version marxiste du registre discursif des forces sociales lorsqu'ils affirment que celle-ci est « selon la loi, de protéger l'individu contre les abus éventuels du pouvoir médical, et dans tous les cas de pourvoir à la surveillance de ses intérêts ». « Critique de la loi sur les affections mentales de 1936 », p. 2 (AEG, 1988va007.2).

80 « Loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (14 mars 1936). Critiques de son application médicales », p. 1 (AEG, 1988va007.2).

CSP. Les pétitionnaires, pour qui le CSP « institutionnalise la fusion entre la répression pénale et la psychiatrie⁸¹ », argumentent ainsi :

« Si les établissements destinés au ttt [traitement] de ces malades sont des lieux de soins et non de détention, il n'y a pas lieu de les mettre sous contrôle des autorités judiciaires et administratives. L'H.C. [l'hôpital cantonal] par ex[emple] n'est pas surveillé par la justice. C'est la frontière, imprécise en psychiatrie, entre lieux de soins et lieux de détention qui donne un droit de surveillance au procureur général⁸². »

Devant les députés, Daniel Lachat dénonce à son tour le « rôle trop important » accordé aux personnes appartenant au pouvoir judiciaire dans les décisions du Conseil, et relève, à propos des cas récents d'interne relayés dans la presse, que la voix censée être « consultative » du procureur général fut en réalité « capitale » et « décisive⁸³. »

*Le rapport de la commission parlementaire : une réponse
« plus philosophique que factuelle »*

Après avoir siégé plus d'un an, auditionné le procureur général ainsi que les représentants des pétitionnaires, la commission des pétitions publie son rapport en juin 1977, par l'intermédiaire de son rapporteur, le député démocrate-chrétien et avocat Georges

81 Argumentaire et revendications « Comité contre la répression psychiatrique », juillet 1976, p. 3 (AEG, 1988va007.2).

82 « Loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (14 mars 1936). Critiques de son application médicales », p. 1 (AEG, 1988va007.2).

83 PV de la commission des pétitions, 28 février 1977, p. 742 (AEG, 1988va007.2). Les critiques des pétitionnaires à l'encontre du CSP ainsi que leur revendication de diminuer, voire de supprimer, la présence de magistrats du pouvoir judiciaire au sein de l'instance de recours et surveillance suscita deux types de réactions de la part des député-es commissionnaires. Ainsi, lors de l'audition des représentants des pétitionnaires, le député radical André Morisod interpréta cette pétition comme étant surtout une réaction vis-à-vis du CSP. Le député libéral René Guidini se montra, pour sa part, pour le moins perplexe, demandant aux représentants des pétitionnaires si une autorité de surveillance et de recours composée exclusivement de médecins ne laisserait pas d'après eux davantage le champ à l'arbitraire. PV de la commission des pétitions, 28 février 1977, p. 742-745 (AEG, 1988va007.2).

Borgeaud⁸⁴. Dans l'intervalle, et ceci sous l'impulsion des deux affaires relayées par la presse, deux projets de modification de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (K 1 12) du 14 mars 1936 ont été soumis aux député·es du Grand Conseil⁸⁵. Le premier projet est celui du député libéral et médecin André Gautier⁸⁶. Celui-ci propose quelques modifications législatives ponctuelles centrées sur « le renforcement de la protection » de la personne internée, en particulier par l'instauration d'un·e curateur·rice pour toute personne internée. Le second projet est déposé par les députés socialistes Grobet et Jörimann, respectivement avocat et journaliste, et propose une refonte complète de la loi, qu'ils suggèrent d'axer sur la surveillance des établissements psychiatriques plutôt que sur celle des personnes atteintes d'affections mentales. En mars 1977, une commission spéciale, chargée d'examiner ces projets, est désignée par le Parlement⁸⁷.

Dans leur rapport aux député·es du Grand Conseil, les membres de la commission des pétitions ne se prononcent pas sur les éventuelles modifications à apporter à la loi du 14 mars 1936, ni sur les faits relatifs aux deux procédures d'internement mises en cause ;

84 Georges Borgeaud, membre de la commission des pétitions, est désigné comme rapporteur en raison de son appartenance centriste, alors que les deux projets de révision de la loi de 1936 déposés au parlement cantonal émanent des rangs libéraux et socialistes. « Rapport de la commission des pétitions sur la pétition de l'assemblée des étudiants contre l'internement administratif (4788 [241]). », 20 juin 1977 (AEG, 1988va007.2). Ce rapport a également été publié à plusieurs reprises dans le Mémorial : 16 septembre 1977, p. 4318-4326 ; 6 décembre 1979, p. 3664-3670 et 7 décembre 1979, p. 3865-3871.

85 Les deux projets de modification de la loi de 1936 sont déposés au début 1977 devant le Grand Conseil et présentés lors de la séance du 25 mars. Projet de loi modifiant la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (proposition de M. Gautier) (n° 4678). Mémorial, 25 mars 1977, p. 1156-1167. Projet de loi sur la surveillance des établissements psychiatriques (proposition de MM. Grobet et Jörimann) (n° 4696). Mémorial, 25 mars 1977, p. 1167-1190.

86 Fils d'un professeur de médecine, André Gautier (1924-2000) est pédiatre. Installé en cabinet privé, il est également médecin-adjoint à la clinique universitaire de pédiatrie à Genève et, dès 1967, privat-docent à la faculté de médecine. Il est député libéral au Grand Conseil genevois de 1969 à 1977. Il siège au Conseil national de 1971 à 1987, puis au Conseil d'État de 1987 à 1991 (Barrelet, 2004).

87 Voir chapitre 4.

un recours étant pendant pour chacune d'elles devant le tribunal administratif. Les député·es de la commission affirment vouloir respecter la règle de la séparation des pouvoirs. Ils se limitent à livrer le résultat des auditions auxquelles ils ont procédé ainsi que leurs réflexions.

Dans son rapport, la commission procède à un rappel du texte de la pétition de l'assemblée des étudiants ainsi qu'une brève contextualisation du problème posé par l'internement administratif selon les pétitionnaires. Puis, elle explique avoir choisi d'entendre le procureur général car celui-ci est chargé (avec le Conseil d'État) de la surveillance des personnes atteintes d'affections mentales, d'une part, et de celle des établissements publics ou privés où ces personnes sont admises, d'autre part. Une synthèse de cette audition figure dans le rapport⁸⁸. Outre de fournir des explications détaillées sur les deux « cas » à l'origine de la pétition, et un exposé du fonctionnement pratique de la loi, le procureur général a donné des informations chiffrées relatives aux différents modes d'admission à la clinique psychiatrique de Bel-Air :

« En 1975, 1 765 admissions ont eu lieu dans cette clinique, dont 740 sur un mode volontaire, et 1 017 sur la base d'un certificat médical – autrement dit non volontaires – dont une moitié a émané de médecins de divers organismes de l'État, et l'autre moitié de médecins privés – des psychiatres ou d'autres médecins – appelés auprès d'un patient. Huit admissions furent ordonnées par le Conseil de surveillance psychiatrique⁸⁹. »

Appelé également à se prononcer sur la présence de magistrats au sein du CSP – mise en cause par les pétitionnaires –, le procureur général a jugé leur collaboration avec les psychiatres dudit Conseil « heureuse », alors que « dans d'autres cantons et dans d'autres pays

88 Je précise que pour des raisons de protection des données, je n'ai pas pu accéder au PV de cette audience. C'est d'ailleurs pour cette raison que je limite mon propos aux éléments contenus dans le rapport des député·es commissionnaires. « Rapport de la commission des pétitions sur la pétition de l'assemblée des étudiants contre l'internement administratif (4788 [241]). », 20 juin 1977, p. 2-3 (AEG, 1988va007.2).

89 *Ibid.*

les médecins n'ont à faire viser leurs certificats que par des membres du pouvoir administratif : le maire de la commune ou le préfet de district⁹⁰ ». Le procureur général a également livré son opinion sur la possibilité d'améliorer les garanties fondamentales de la liberté et sur les moyens d'assurer la sécurité publique. Les député-es commissionnaires retiendront de ses propos qu'il estime que le droit administratif s'est « considérablement développé » depuis 1936 et que cette question « fort délicate » relève du pouvoir législatif.

Dans son rapport, la commission procède également à une brève présentation de chacun des documents transmis par les pétitionnaires puis à une synthèse en cinq points de l'audition de leurs représentants.

Premièrement, « au-delà de cas précis évoqués, il faut examiner le problème général de l'internement psychiatrique et refaire la loi qui le prévoit, car elle est dépassée, elle ne sauvegarde pas les droits élémentaires de liberté de l'individu⁹¹ ». La présentation précise qu'en matière d'information et de recours, la personne « devrait recevoir une notification de la décision prise à son égard, avec indication des voies de recours⁹² ». Elle ne relaie cependant pas la demande des pétitionnaires de voir cette information transmise à la personne avant l'exécution de la mesure. Elle passe également entièrement sous silence deux des revendications formulées en matière de recours : celle de lui associer un effet suspensif de la décision d'internement et celle de publiciser ses débats (sous réserve de l'accord de la personne).

Deuxièmement, affirme la commission, « l'internement à BA [Bel-Air] pose des problèmes par une sorte d'assimilation de situations en réalité très différentes, comme celles dérivant de l'alcoolisme ou du grand âge⁹³ ».

90 *Ibid.*, p. 3.

91 *Ibid.*, p. 4.

92 *Ibid.*

93 « Rapport de la commission des pétitions sur la pétition de l'assemblée des étudiants contre l'internement administratif (4788 [241]). », 20 juin 1977, p. 4 (AEG, 1988va007.2).

Troisièmement, la commission relève que « la notion d'urgence permet des abus, de même que les conditions de délivrance du certificat d'admission volontaire ou non volontaire⁹⁴ ». Mais les critiques émises par les pétitionnaires à l'encontre de l'admission volontaire sont, là aussi, passées sous silence⁹⁵. Il n'est pas davantage question du fait, relevé par les pétitionnaires, que la procédure d'internement « non urgente » soit rarement utilisée dans les faits, alors qu'il s'agit de la seule procédure qui prévoit qu'une notification de la décision soit transmise avant exécution, ce qui permet à la personne de déposer un recours avant internement.

Quatrièmement, la commission des pétitions expose le jugement porté par les représentants des pétitionnaires sur l'un des deux projets de loi déposés entre-temps au Grand Conseil – celui déposé par le député libéral et pédiatre André Gautier – et sur lequel ils se sont brièvement prononcés au cours de leur audition. De leur avis, ce projet de loi n'apporte aucune amélioration et s'avère même être « rétrograde. » Sans rapporter leurs arguments contre la proposition faite de nommer un·e curateur·rice pour chaque personne internée dans un établissement psychiatrique du canton, la commission relève simplement, et de manière très vague, que celle-ci « est critiquée pour plusieurs raisons⁹⁶ ».

Finalement, la commission relaie une série de suggestions formulées par les pétitionnaires en termes d'*alternative* à l'internement (d'urgence) en hôpital psychiatrique en les requalifiant de « mesures prévenant l'internement » :

À noter que cette question ne sera pas directement traitée dans la loi cantonale du 7 décembre 1979, mais qu'elle sera traitée de façon séparée par le Conseil d'État.

94 *Ibid.*, p. 5.

95 D'une part, les pétitionnaires refusent que l'admission volontaire soit transformée en internement lorsque le ou la patient·e demande sa sortie et que le refus de cette demande par le médecin se trouve être validé par le CSP. D'autre part, ils et elles s'opposent à ce que toute sortie de l'hôpital psychiatrique revête systématiquement un caractère provisoire.

96 « Rapport de la commission des pétitions sur la pétition de l'assemblée des étudiants contre l'internement administratif (4788 [241]). », 20 juin 1977, p. 5 (AEG, 1988va007.2).

« Il serait donc souhaitable qu'une nouvelle loi mette l'accent sur des mesures prévenant l'internement, tant au niveau extrahospitalier qu'au niveau des admissions, et il y aurait lieu de procéder à une intervention médico-sociale à plusieurs niveaux d'examen, en sorte que la situation globale de l'intéressé soit examinée sous un angle qui ne soit pas exclusivement médical, limité, intervenant sur une personne prise en dehors de son milieu⁹⁷. »

Dans sa manière d'en rendre compte, la commission dissocie en outre ces suggestions des critiques émises par les pétitionnaires à l'encontre de l'internement lui-même, qui pourtant les étayent.

Les membres de la commission terminent leur rapport par un ensemble de considérations qui peuvent être entendues comme autant de commentaires, voire de prises de position, destinées à être votées par le Parlement. Tout en commençant par souligner l'importance à ses yeux du problème soulevé par les pétitionnaires, elle procède à une certaine forme d'euphémisation des revendications principales portées par les pétitionnaires.

« Le texte de la pétition montre à simple lecture que ces signataires ont entendu soulever, à l'occasion de l'internement de l'étudiant [...] [et du] cas [...] de Mlle B. un des problèmes sociaux et individuels des plus difficiles et délicats et dont ils demandent essentiellement une approche nouvelle et plus large, soit en se bornant, comme dans le texte de la pétition, à réclamer l'abrogation d'une procédure dite arbitraire et répressive, soit, comme ce fut le cas lors de leur audition, en demandant qu'une nouvelle loi voie le jour et en formant des critiques et suggestions⁹⁸. »

Pour la commission, l'abrogation d'une telle loi est effectivement absolument inenvisageable et seule une révision de celle-ci peut l'être. Elle affirme ensuite à cet endroit sa volonté de ne pas entrer en matière sur les deux cas d'internement relayés par la presse et au Grand Conseil, déclarant, comme évoqué plus haut, souhaiter respecter la séparation des pouvoirs. Interprétant en définitive l'objet de la pétition des étudiants comme étant de provoquer une

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ *Ibid.*

réfonde de la législation en matière d'internement psychiatrique, les député·es commissionnaires soutiennent qu'il appartient à la commission mandatée pour étudier les projets de loi soumis au Grand Conseil de prendre en charge également l'examen de cette pétition⁹⁹.

Contribuant en définitive à affaiblir, décrédibiliser et faire disparaître le cadrage du problème de l'internement administratif par une version marxiste du discours des forces sociales proposé par les pétitionnaires, les député·es de la commission soulignent finalement par le biais de leur rapporteur, Borgeaud, « la façon virulente et souvent outrancière » des pétitionnaires de cibler le problème, cela « sans que l'on aperçoive les solutions sur lesquelles ils débouchent¹⁰⁰ ». Puisant une nouvelle fois dans un registre discursif de « prévention », la commission se défend en même temps d'être « insensible à une donnée fondamentale qu'évoquent les pétitionnaires » et se lance dans un long plaidoyer en faveur de telles « mesures » :

« Il est vrai qu'en toute matière la prévention des dommages à la santé physique et psychique des personnes représente un devoir fondamental d'une société qui revendique comme l'un de ses buts l'épanouissement de la personne humaine, ainsi que l'aide et le secours à apporter à chacun de ses membres. L'on sait aussi que même sur le plan économique global de la prospérité d'une nation, point de vue lui-même en retrait par rapport à la première donnée énoncée, la prévention d'un état de dégradation physique et psychique d'une partie de la population est préférable aux tentatives onéreuses et qui ne sont, de loin, pas toujours fructueuses, d'apporter des remèdes et des palliatifs. Il est donc de la plus haute importance pour toute société digne de ce nom de veiller à instaurer des conditions générales de vie telles que l'état de santé nerveux et psychique de la population ne soit pas soumis à des épreuves et tensions qu'une meilleure organisation sociale

99 « Des travaux plus importants de la commission des pétitions comme telle conduiraient à de larges auditions des milieux sociaux, médicaux, judiciaires, hospitaliers et administratifs en vue de l'établissement d'un rapport à l'intention du Grand Conseil, qui le renverrait éventuellement au Conseil d'État pour une réponse. Or, la commission chargée du projet de loi 4678 a et aura à accomplir un travail analogue, en sorte qu'il est inutile que deux commissions travaillent de façon séparée et parallèle sur un même objet ». *Ibid.*, p. 6 (AEG, 1988va007.2).

100 *Ibid.*

pourrait éviter, d'autant que les épreuves affectives de la vie humaine sont déjà aussi lourdes qu'inévitables¹⁰¹. »

Tenant, au terme de son rapport, à fournir la preuve qu'elle n'écarte pas entièrement de ses propres considérations, ni l'une des critiques théoriques formulées par les pétitionnaires à l'encontre du savoir psychiatrique – duquel « le pouvoir psychiatrique » tire sa légitimité –, ni le cadre général au sein duquel les pétitionnaires ont souhaité placer le problème de l'internement psychiatrique, la commission observe :

« Il est vrai, comme le relèvent les pétitionnaires, que les êtres humains sont très divers, que la “normalité” est dans le meilleur des cas une hypothèse statistique, et qu'une plus grande différenciation des conceptions et modes de vie permettrait d'éviter que des êtres ne se trouvent “décompensés” et ne viennent à se “psychiatriser”. Ce champ de réflexion et d'action beaucoup plus large ne permet évidemment pas d'ignorer le fait dramatique de la maladie mentale, le devoir de secours qu'ont les membres de la communauté envers ceux qui en sont atteints, le devoir de toute société d'éviter que des personnes en état d'irresponsabilité ne lèsent la vie d'autrui. Si la loi ne peut éviter de définir un régime particulier applicable aux personnes atteintes d'affections mentales, il est nécessaire qu'elle le fasse de telle façon qu'elle n'excède pas les buts qu'elle se propose et qu'existent à cet effet les voies de contrôle nécessaires. La loi de 1936, soumise à réexamen devant le Grand Conseil, ne couvre donc pas le champ très ample des problèmes de société que soulèvent les pétitionnaires, et il appartiendra à la commission nantie du projet 4678 de déterminer si un abord plus large que celui purement médical peut trouver sa place dans l'examen en cours¹⁰². »

En conclusion, la commission des pétitions propose aux député-es du Grand Conseil de transmettre l'ensemble du dossier – y compris la documentation fournie par les pétitionnaires – à la nouvelle commission chargée de l'examen des deux projets de loi afin qu'elle établisse le rapport définitif sur cette pétition en même temps qu'elle rendra compte de ses travaux sur les deux projets de loi. La proposition sera entérinée par un vote des député-es en septembre 1977.

¹⁰¹ *Ibid.*, p. 6-7 (AEG, 1988va007.2).

¹⁰² *Ibid.*, p. 7.

La traduction des revendications des pétitionnaires au sein même de cette arène politique par les députés de la commission chargée de l'examen de la pétition de l'assemblée des étudiants ainsi que les réflexions et prises de position de la commission envers celles-ci ont plusieurs effets. Premièrement, elles induisent une disparition, ou du moins un effacement partiel, de la version marxiste du discours des forces cadrant les revendications des pétitionnaires. Si ce discours subsiste quelque peu dans la brève présentation de la documentation fournie par les pétitionnaires – et dans la documentation elle-même, transmise à la nouvelle commission –, celui-ci est entièrement absent de la synthèse faite par la commission de l'audition des représentants des pétitionnaires. Deuxièmement, cette traduction des revendications des pétitionnaires a pour effet de réduire le problème de l'internement psychiatrique soulevé jusque-là dans la presse à une révision de la loi de 1936, autant dans l'opinion publique, que dans les milieux militants genevois, ou plus largement parmi les professionnels de la santé, du social et du droit. Troisièmement, cette traduction a également pour effet d'effacer, au moins partiellement là aussi, la mise en cause par les pétitionnaires des pouvoirs judiciaire et médical et de leur légitimité. Aussi, la revendication, couplée aux critiques qui l'étaient, de soit supprimer l'organe du CSP pour le remplacer par une instance de recours dédiée à la défense des personnes internées contre la décision d'internement prise à leur égard, soit de réformer en profondeur cet organe administratif, n'est pas formellement relayée dans le rapport final de la commission.

Du côté de la presse genevoise, et du *Journal de Genève* notamment, on continue durant l'été 1977 de suivre les débats menés dans l'arène politique à la suite des deux affaires du printemps 1976, poursuivant ainsi le travail de décloisonnement du débat sur l'internement psychiatrique au sein de l'opinion publique. Titrant son article « Internement psychiatrique. La commission des pétitions livre un rapport plus philosophique que factuel » (1977b, p. 14), la journaliste du *Journal de Genève* Sylvie Arsever propose essentiellement une synthèse du rapport, tout en regrettant que la commission des pétitions

s'en tienne en définitive à des considérations très générales et n'offre pas de réponses aux questions précises soulevées par les deux affaires à l'origine de la pétition et des deux projets de loi déposés au Grand Conseil.

Je reviendrai plus avant dans le chapitre 4 sur les débats et travaux de la commission parlementaire chargée de l'examen des deux projets de modification de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (K 1 12) du 14 mars 1936 – celui du député libéral Gautier et celui des députés socialistes Grobet et Jörimann – et sur l'évaluation de la prise en compte des revendications portées par l'assemblée des étudiants et de ses alié·es, puis par l'Adupsy. Mais avant cela, il convient de porter l'attention sur une autre affaire par le biais de laquelle les militant·es contestataires genevois·es vont problématiser publiquement le consentement aux soins ; ce problème donnant lieu à de nouvelles revendications en la matière de la part de l'Adupsy, officiellement constituée en association dans l'intervalle.

2.2 Dénoncer les électrochocs et problématiser le consentement aux traitements

Une nouvelle « affaire »

Le 17 juin 1977, une jeune militante féministe et antinucléaire genevoise, prénommée Anna¹⁰³ et âgée d'une vingtaine d'années, signe un communiqué de presse pour signaler son « évasion » de la clinique de Bel-Air : « Séquestrée par la police le 30 mai 1977 à Soleure, j'ai été internée à Bel-Air depuis le 1^[er] juin. Hier soir, jeudi

103 Je précise ici que je n'ai pas été en mesure de trouver suffisamment d'informations qui, dans le respect des règles et lois juridiques et éthiques d'une enquête sociohistorique, m'auraient permis de contacter cette femme et le cas échéant de m'entretenir avec elle. Dans les différentes sources militantes (tracts, communiqués de presse, correspondance, etc.) et les articles de presse consultés, cette jeune militante de gauche est désignée par son prénom, auquel est parfois ajouté, essentiellement dans la presse, la première lettre de son nom de famille. Dans ce manuscrit, je fais le choix de la désigner par son prénom.

16 juin, je suis partie de la clinique¹⁰⁴. » Que s'est-il passé ? Quels sont les événements qui ont conduit à son arrestation d'abord, à son internement ensuite, puis à sa sortie non autorisée, autrement dit à son évasion ? Revenons sur les traces des premiers faits qui engendrent la mobilisation de plusieurs groupes militants et se mue rapidement en une nouvelle « affaire ».

Le lundi 30 mai 1977, Anna participe à « la marche de Pentecôte », une manifestation antinucléaire nationale rassemblant plus de 7 000 manifestant-es qui défilent entre Kaiseraugst (canton d'Argovie) et Gösgen (canton de Soleure) pour réclamer l'arrêt du programme nucléaire suisse pendant quatre ans¹⁰⁵. La marche-manifestation débouche sur le site de la centrale nucléaire de Gösgen. Une heure environ après la dispersion des manifestant-es, Anna y reste seule, assise, prostrée, à contempler la centrale nucléaire (Arsever, 1977a ; Cuénod, 1977 ; N., 1977 ; Steinauer, 1982, p. 84¹⁰⁶). Arrêtée par la police en raison de son comportement jugé étrange, elle est emmenée au poste de police, puis subit une fouille corporelle. En signe de protestation, elle refuse de se rhabiller. Enfermée une nuit au poste de police, elle est examinée le lendemain par un médecin qui ordonne son internement à l'hôpital psychiatrique de Soleure, d'où elle est transférée le jour même à la clinique de Bel-Air. Le jour suivant, la direction de la clinique sollicite un médecin de ville, celui-ci l'examine sur place et délivre un certificat d'internement d'urgence. Pour marquer son opposition, Anna entame sans délai une grève de la faim et refuse tout traitement. Deux jours plus tard, les médecins chargés de son traitement lui administrent des électrochocs, sans

104 Anna B, Communiqué de presse, Genève, 17 juin 1977, in : Réseau suisse romande « Alternative à la psychiatrie », La guerre des psychiatres aura-t-elle lieu ? Genève, juillet 1977, bulletin n° 3, p. 19 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S02).

105 Une archive audiovisuelle de cette manifestation, sans commentaire ni son, est disponible sur le site des archives de la Radio télévision suisse (RTS) : www.rts.ch/archives/tv/information/un-jour-une-heure/3465128-marche-de-pentecote.html. Pour une courte synthèse de l'histoire du mouvement antinucléaire en Suisse, voir (Hug, 2007).

106 Tract du « Comité : mieux vaut être fou dehors que pas fou dedans », (s.d.), in : Réseau suisse romande « Alternative à la psychiatrie », La guerre des psychiatres aura-t-elle lieu ? Genève, juillet 1977, bulletin n° 3 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S02). Entretien avec Alain Riesen du 11 octobre 2012.

qu'elle-même ou sa famille n'en soient informées, et puissent donc donner leur consentement ou refuser l'intervention (Arsever, 1977a ; Cuénod, 1977 ; N., 1977 ; Steinauer, 1982, p. 84¹⁰⁷).

Rapidement, un groupe, des amies et amis d'Anna, composé d'hommes et de femmes qui affirment avoir vécu, échangé ou parlé avec elle, ou l'avoir « simplement vue¹⁰⁸ », se constitue. Quelque cinq jours après son arrivée à la clinique de Bel-Air, une délégation entre en contact avec les deux médecins en charge de son traitement, dont l'un est le chef du service d'admission réservé aux femmes, service dans lequel Anna est internée. Revendiquant bien mieux la connaître qu'eux, les amies et amis d'Anna leur proposent de la faire sortir de l'hôpital pour l'accueillir dans un lieu de vie. Ils refusent.

Confronté-es à cette décision, les amies et amis d'Anna décident de leur adresser une lettre qu'ils et elles choisissent de diffuser ouvertement au personnel de la clinique, à son directeur René Tissot ainsi qu'au conseiller d'État, Willy Donzé, responsable du département de la santé publique¹⁰⁹. Dans ce courrier, les amies et amis d'Anna dénoncent le non-respect de la procédure d'admission d'urgence : « le médecin qui devait procéder à cet internement n'a pas effectué son examen en dehors de la clinique, comme il est tenu de le faire, il s'est simplement déplacé à Bel-Air pour entériner un état de fait¹¹⁰ ». Les militant-es marquent leur

107 *Ibid.* Voir aussi l'archive audiovisuelle de la RTS exploitée dans un reportage de 2016 consacré à l'usage contemporain des électrochocs, dans laquelle Anna, interviewée en 1977 par un journaliste, explique qu'aucun accord ne lui a été demandé (passage 55 :20-56.10) : www.rts.ch/play/tv/cetait-mieux-avant-/video/le-retour-des-electrochocs?urn=urn:rts:video:8259784.

108 Lettre « Des amies et amis d'Anna » aux Dr Brändly et Dr Rossmann, Admission de Bel-Air, Genève, 13 juin 1977, in : Réseau suisse romande « Alternative à la psychiatrie », La guerre des psychiatres aura-t-elle lieu ? Genève, juillet 1977, bulletin n° 3, p. 17-18 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S02).

109 Lettre « Des amies et amis d'Anna » aux Dr Brändly et Dr Rossmann, Admission de Bel-Air, Genève, 13 juin 1977, in : Réseau suisse romande « Alternative à la psychiatrie », La guerre des psychiatres aura-t-elle lieu ? Genève, juillet 1977, bulletin n° 3, p. 17-18 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S02).

110 Rappelons ici que la procédure d'internement d'urgence en vigueur au moment des faits est régie par l'article 21, al. 3 de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (K 1 12) du 14 mars 1936, qui stipule : « En cas d'urgence,

opposition à « toute thérapeutique de chocs » qu'ils et elles jugent n'être « que le prolongement d'un état institutionnel répressif », exigent l'arrêt des électrochocs ainsi que le droit de visiter Anna, selon leurs « propres rythmes ». Les amies et amis d'Anna demandent en outre une nouvelle fois d'autoriser Anna à sortir de la clinique, soulignant avoir élaboré une « alternative de vie avec laquelle elle est d'accord ».

Dans un contexte où toute sortie autorisée est refusée à Anna et où les visites de ses ami-es tendent à être limitées, voire à leur être refusées, le groupe des amies et amis d'Anna se mue transitoirement en comité pour la libération d'Anna, et organise ses appuis et sa défense. Soutenu par quatre collectifs militants de gauche genevois, le centre Femmes¹¹¹, le comité contre la répression psychiatrique, le Réseau romand d'alternative à la psychiatrie et le comité contre Verbois nucléaire (CCVN¹¹²), le comité¹¹³ convoque une conférence de presse et diffuse un commu-

lorsqu'un retard peut être préjudiciable ou lorsqu'il y a danger manifeste pour autrui, les directeurs d'établissements publics peuvent recevoir les malades sur le vu d'un certificat médical conforme [...] et à charge d'obtenir du département, dans un délai de vingt-quatre heures après l'entrée, l'autorisation prévue. » La question du certificat médical est, elle, régie par l'article 22 : « Le certificat médical est circonstancié, exposant les symptômes de la maladie et les motifs qui nécessitent l'admission. Ce certificat doit émaner d'un médecin autorisé à pratiquer dans le canton, qui ne soit pas parent ou allié du malade, et qui a personnellement examiné le malade moins de quinze jours avant la demande d'admission. Les médecins de l'établissement où doit avoir lieu l'admission ne peuvent délivrer ce certificat ».

111 Le centre Femmes de Genève a vu le jour en 1974. Créé par le Mouvement de libération des femmes (MLF) de Genève, il sert d'abord de lieu de rencontre et de réunions aux femmes du mouvement, pour devenir au cours de la seconde moitié des années 1970 un espace au sein duquel plusieurs groupements y assurent des permanences et proposent différentes activités (aide et entraide, autoexamens, débats, etc.) (Gros, 1987, p. 140-146). Pour une histoire des mouvements féministes genevois, et du MLF en particulier, voir (Dardel, 2007).

112 Ce comité participe à la coordination contre Verbois nucléaire, qui rassemble plusieurs associations d'opposant-es au projet. Celui-ci, qui se précise en 1971-1972, propose d'implanter une centrale nucléaire sur le site de Verbois, dans la campagne genevoise. Le comité contre Verbois nucléaire (CCVN) est lui-même issu du Centre d'information, d'action et de liaison écologiques (Ciale), un groupe d'étudiant-es, en biologie pour la plupart, qui dans la mouvance de 1968 a posé les premiers « jalons » du mouvement écologiste genevois (Gros, 1987, p. 134-139).

113 La volonté des militant-es de préserver leur anonymat est relativement importante dans les années 1960-1970, cela notamment par crainte de représailles de la part des autorités politiques, judiciaires ou psychiatriques, mais il est très probable qu'une

niqué dans lequel il explique avoir « pris un avocat pour défendre les intérêts d'Anna¹¹⁴ », en l'occurrence Nils de Dardel¹¹⁵. La sortie d'Anna de la clinique, précise le comité, est la seule « solution juste et conforme à ses intérêts et à ses aspirations ». Il conclut en annonçant la tenue, quelques jours plus tard, le 18 juin, d'une manifestation sur le territoire de la clinique de Bel-Air pour exiger la sortie d'Anna.

En décidant d'investir l'arène médiatique à cette occasion, les militant-es cherchent une nouvelle fois à décroquer l'espace de la clinique psychiatrique en mobilisant l'attention de la population, et cette fois en dénonçant non seulement l'internement, mais également les traitements de choc, de surcroît administrés sans consentement.

Immédiatement après avoir éveillé l'attention de la presse locale sur la situation d'Anna, ses amis et amies distribuent un tract au personnel de la clinique psychiatrique ainsi qu'aux patient-es. Celui-ci annonce l'évasion d'Anna de l'hôpital et le maintien de la manifestation, conçue entre-temps comme une « contre-attaque. Contre la séquestration policière et psychiatrique. [Et c]ontre les traitements de choc¹¹⁶ ».

partie des militant-es du comité pour la libération d'Anna participent également aux autres collectifs qui manifestent alors leur solidarité.

114 Communiqué de presse du comité pour la libération d'Anna, (s.d.), in : Réseau suisse romande « Alternative à la psychiatrie », La guerre des psychiatres aura-t-elle lieu ? Genève, juillet 1977, bulletin n° 3 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S02).

115 Entretien avec Nils de Dardel du 24 avril 2020.

116 Tract du « Comité : mieux vaut être fou dehors que pas fou dedans », (s.d.), in : Réseau suisse romande « Alternative à la psychiatrie », La guerre des psychiatres aura-t-elle lieu ? Genève, juillet 1977, bulletin n° 3 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S02).

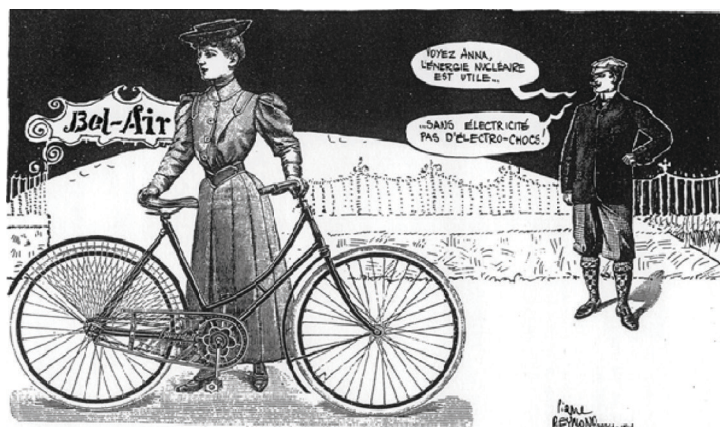


Illustration 3. Raymond, Pierre, dessin paru en 1977 dans la *Tribune de Genève* et reproduit dans *Le Fou du Rhône* de Steinauer (1982, p. 85) : « Voyez Anna l'énergie nucléaire est utile... sans électricité pas d'électro-chocs ! »

Confronté à la diffusion de ce tract ainsi qu'à celle de la lettre ouverte adressée aux deux médecins et à la publication d'articles dans les journaux, René Tissot ne manque pas de réagir, lui aussi, dans la presse genevoise. Le 17 juin, soit un jour avant la manifestation prévue, il publie un communiqué dans la *Tribune de Genève* (Tissot, 1977b). Il dénonce ce qu'il juge être « des calomnies » à l'encontre de la clinique de Bel-Air et des deux médecins en charge du traitement et prend publiquement leur défense :

« Ces deux excellents confrères ont fait tout et rien que leur devoir en traitant en conscience leurs malades selon les prescriptions de la direction médicale de la clinique. Si celle-ci, seule responsable en droit et en fait, doit être attaquée, qu'on ait le courage de s'en prendre à qui de droit, c'est-à-dire au soussigné. » (Tissot, 1977b)

Dans son édition du 21 juin, la *Tribune de Genève*, sous la plume du journaliste Jean-Noël Cuénod (1977), rend compte de la manifestation sur le site de Bel-Air. Le samedi 18 juin, une centaine de manifestant·es sont reçus par René Tissot, dans l'enceinte de la clinique (Cuénod, 1977). Après avoir parcouru l'allée centrale

du site, les manifestant-es se sont assis-es sur la pelouse devant le bâtiment des admissions pour écouter une déclaration d'Anna, lue par l'une des personnes du groupe (Cuénod, 1977) :

« Séquestrée par la police le 30 mai 1977 à Soleure, j'ai été internée à Bel-Air depuis le 1^{er} juin.

Hier soir, jeudi 16 juin, je suis partie de la clinique.

Voilà ce que j'ai à vous communiquer :

Après avoir rappelé à plusieurs personnes que j'ai envie de sortir de Bel-Air, je me couche sur le lit. En regardant par la fenêtre, je vois un oiseau qui plane dans le ciel. Ivre de joie et de liberté. Je n'ai plus envie de sortir, j'ai besoin de sortir.

Autour, la chambre : des serrures pour ouvrir ou fermer les fenêtres. Personne avec moi. Mais si... l'oiseau et petit à petit...

Plutôt que "pourquoi voudrais-je sortir de Bel-Air ?" je me demande "pourquoi voudrais-je y rester, à Bel-Air ?".

Mais il ne faut pas oublier : se demander comment est construite une centrale nucléaire est un comportement totalement anormal... qui met en danger la vie d'autrui...

Maintenant je suis dehors, j'ai encore un peu peur des autres oiseaux, mais mes ailes se renforcent et bientôt, si nous nous entraînons assez, nous pourrons voler ensemble dans le ciel, où il fait encore plus chaud (pas trop). Maintenant, je suis chez des amies et amis, j'attends mon bon de sortie. JE SUIS BIEN !

ANNA¹¹⁷ »

Invité-es ensuite par Tissot à rejoindre une salle de cours, les manifestant-es ont exigé la garantie « qu'aucune poursuite judiciaire ou psychiatrique ne soit engagée » à l'encontre de la jeune femme. En guise de réponse, Tissot leur a affirmé avoir déjà entrepris plusieurs démarches en ce sens : « Je n'ai pas cherché à ramener Anna à la clinique Bel-Air contre son gré. Elle est en bonne main chez des amis, mais [...] je dois accepter un malade sans certificat médical s'il rechute après avoir quitté Bel-Air »(Cuénod, 1977¹¹⁸).

117 Anna, Communiqué de presse, Genève, 17 juin 1977, in : Réseau suisse romande « Alternative à la psychiatrie », La guerre des psychiatres aura-t-elle lieu ? Genève, juillet 1977, bulletin n° 3, p. 19 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S02).

118 Pour rappel, selon la loi de 1936 en vigueur (art. 33), la réintégration « après évasion » peut s'effectuer « sans formalité si elle a lieu dans le délai de deux mois ».

Cette « affaire d'Anna », parfois aussi désignée dans la presse comme l'« affaire de la militante antinucléaire », ne s'arrête pas là, puisqu'une seconde « affaire », contribuant à renforcer la contestation et la médiatisation du problème, vient rapidement s'y greffer ; tandis que la jeune militante antinucléaire voit de nouveau son destin basculer.

Quand une « affaire » en entraîne une autre

Dans son édition du 24 juin 1977, la *Tribune de Genève* publie un article sous le titre « Deux médecins de Bel-Air “déplacés” : la “contestation” atteint maintenant la médecine psychiatrique à Genève ». Elle relate :

« Deux médecins ont été déplacés de leur poste jeudi à la Clinique psychiatrique de Bel-Air par le directeur de cette institution, le professeur René Tissot, avec effet dès le 1^{er} juillet [...]. Ce double déplacement semble être intervenu à la suite de l'affaire d'Anna, la jeune femme arrêtée récemment après une manifestation à Goesgen (Soleure), puis « évadée », il y a quelques jours. Il s'agit des Dr B. de H., chef de clinique, et E., médecin-assistant. Une division paraît s'être installée au cœur même de l'hôpital de Bel-Air sur certains traitements, notamment les électro-chocs (*sic*¹¹⁹). »

À la suite de l'internement de la jeune femme, de l'intervention de ses amis et amies, puis de son « évasion » de la clinique, René Tissot a en effet décidé de mener une enquête auprès des employé-es de son établissement pour savoir de quel consensus il dispose en matière de traitements (Heimberg, 2005 ; Jaccard, 1977). Tout en sondant leur opinion, il les interpelle sur le recours aux électrochocs. Bierens de Haan s'est insurgé et a refusé de reconnaître à ceux-ci une quelconque valeur thérapeutique, tandis que son collègue médecin-assistant a quant à lui refusé de se déterminer (Bierens de Haan, 1977 ; Heimberg, 2005 ; Jaccard, 1977 ; Steinauer, 1982¹²⁰). Le directeur médical de la clinique de Bel-Air considérant que la confiance avec eux est rompue, a décidé de les « déplacer » en les

119 « Deux médecins de Bel-Air “déplacés” : la “contestation” atteint maintenant la médecine psychiatrique à Genève », 1977.

120 Entretien avec Barthold Bierens de Haan le 19 mars 2014.

affectant à d'autres activités, purement académiques, hors de la clinique de Bel-Air (Heimberg, 2005 ; Jaccard, 1977 ; Jullien, 1977a). Cette décision va susciter de vives réactions et mobilisations¹²¹ ainsi qu'une forte médiatisation¹²².

Bierens de Haan et son collègue assistant sont soutenus par l'assemblée du personnel soignant qui au lendemain de la communication de cette décision adopte une « résolution publique contre les récentes sanctions appliquées à Bel-Air¹²³ », largement relayée par la presse genevoise (M. B., 1977 ; G., 1977 ; Jullien, 1977b ; M., 1977).

Pour les deux médecins et l'assemblée du personnel soignant, la décision de Tissot est arbitraire, car dirigée contre l'expérience de communauté thérapeutique développée au sein du service dont Barthold Bierens de Haan est chef de clinique. Cette décision est perçue comme une sanction en raison d'une conception divergente des soins psychiatriques. S'opposant à celle-ci, ils et elles demandent que puisse exister un espace de débat critique au sein de la psychiatrie :

« À notre avis, la psychiatrie est en discussion et doit être discutée ; et ceci n'est possible que dans un climat de liberté d'expression. Nous affirmons que le maintien et le développement d'un espace de discussion et de critique est vital pour l'évolution des soins psychiatriques. Le professeur Tissot exige l'élaboration d'un consensus dans des rapports de confiance au niveau de la Clinique. Ces sanctions montrent que notre confiance par rapport à la Direction n'est pas justifiée [...]. C'est pourquoi, nous ne pourrions laisser le soin de l'information à la population aux mains de la Direction. La population a le droit d'avoir une information complète sur les soins psychiatriques que lui propose la Clinique de Bel-Air, et cette information ne peut être que multiple et contradictoire en ce moment¹²⁴. »

121 Voir aussi Dotti (2018) ; Heimberg (2005) ; Steinauer (1982).

122 Voir aussi Rebetez (2015).

123 L'assemblée générale extraordinaire qui se tient le 24 juin 1977 réunit une centaine de personnes. Assemblée générale extraordinaire du personnel soignant de la clinique de Bel-Air, avec la participation du personnel extrahospitalier du secteur concerné. Résolution du 24 juin 1977, in : Réseau suisse romande « Alternative à la psychiatrie », La guerre des psychiatres aura-t-elle lieu ? Genève, juillet 1977, bulletin n° 3 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S02).

124 Ibid.

Quelques jours à peine après le début de la médiatisation de cette « affaire des deux médecins », la jeune militante antinucléaire est une nouvelle fois internée à la clinique psychiatrique de Bel-Air, cette fois sur décision du CSP.



Illustration 4. Image d'une affichette ou « dazibao » placardée lors d'une campagne d'affichage menée par quelques médecins assistants lors de l'affaire des deux médecins en 1977. Steinauer publie cette image dans son ouvrage *Le Fou du Rhône* (1982, p. 50) en précisant qu'elle « suggère que le domaine de la recherche [...] nourrissait de longue tradition les plaisanteries hospitalières¹²⁵. »

125 Je reviendrai sur le sujet de la contestation de la recherche au chapitre 5.

Dans un document interne du 29 juin 1977, le comité des amis d'Anna revient sur les événements qui ont conduit à cet internement¹²⁶. Anna aurait été emmenée par la police aux urgences de l'hôpital cantonal « dans un état de prostration et de silence ». Tissot, refusant d'interner la jeune femme comme le lui demandent les médecins de l'hôpital cantonal, renvoie ces derniers vers le CSP où le psychiatre Taban ordonne l'internement. Celui-ci, précisent les amis d'Anna, refuse les alternatives proposées par les militant-es – soit un lieu d'accueil, une présence continue vingt-quatre heures sur vingt-quatre et « une garantie médicale » –, pourtant soutenues par les parents d'Anna qui se rendent avec elles et eux à la clinique. Le psychiatre décide de l'interner dans le même service fermé qu'auparavant, et dans les mêmes conditions. Les visites sont néanmoins acceptées.

Si ce nouvel internement contrarie pour le moins les militant-es, il renforce leur détermination à poursuivre la mobilisation : « Le nouveau trajet d'Anna à Bel-Air ne nous empêche pas d'affirmer notre opposition à son internement. La présence d'Anna à Bel-Air implique notre présence de lutte et d'affection à ses côtés, comme aux côtés des autres patients¹²⁷. »

Controverse dans l'espace médiatique

Durant les semaines qui suivent « l'affaire des deux médecins », considérée désormais par la presse locale comme révélatrice de dissensions profondes qui animent les institutions psychiatriques genevoises, et en particulier la clinique de Bel-Air, de nombreux articles sont publiés, non seulement dans la presse genevoise, mais aussi dans quelques journaux alémaniques et français¹²⁸.

126 Comité des amis d'Anna, Document interne, 29 juin 1977, in : Réseau suisse romande « Alternative à la psychiatrie », La guerre des psychiatres aura-t-elle lieu ? Genève, juillet 1977, bulletin n° 3, p. 21 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S02).

127 *Ibid.*

128 J'ai ainsi pu dénombrer plus d'une septantaine d'articles conservés dans les archives personnelles de Barthold Bierens de Haan (archives privées Bierens de Haan, classeur Affaire Bel-Air 1977, onglet Coupures presse.).

Dans cette arène médiatique, les positions se marquent et les mobilisations autour des deux protagonistes s'étoffent. Bierens de Haan est soutenu publiquement par deux groupes syndicaux – les groupes Bel-Air du syndicat VPOD et du syndicat chrétien –, par l'Association des médecins progressistes (AMP) de Genève (Godinat, 1977) ainsi que par un groupe de patient·es du service qu'il dirige, lequel rédige une lettre de soutien¹²⁹ dont un extrait est publié le 30 juin dans le *Journal de Genève* (Jullien, 1977c). Tissot, pour sa part, est soutenu par le Conseil d'État ainsi que par 244 employé·es qui ont signé une déclaration en solidarité avec la décision de la direction¹³⁰.

En septembre 1977, soit près de trois mois après le premier internement de la jeune militante antinucléaire et le renvoi des deux médecins, le *Journal de Genève* convie Bierens de Haan et Tissot à confronter publiquement leurs conceptions de la maladie mentale et des soins psychiatriques. Ceux-ci acceptent malgré les réticences du conseiller d'État, chef du Département de la santé publique, le socialiste Willy Donzé, qui s'oppose à la tenue de ce débat public (H. De Senarclens, 1977a¹³¹). En septembre 1977, le journal publie une interview de chacun des protagonistes sous la forme d'un dossier constitué de quatre articles successifs (H. De Senarclens, 1977a, 1977b, 1977c, 1977d).

Ce dossier permet d'observer comment chacun des protagonistes cadre la controverse de manière spécifique et ainsi de comprendre quelles sont leurs approches respectives. Premier à être interviewé par le *Journal de Genève* (H. De Senarclens, 1977a), Bierens

129 Lettre des « pensionnaires du Pavillon "Les Lilas Blancs" » à René Tissot, Genève, 27 juin 1977 (archives privées Bierens de Haan, classeur Affaire Bel-Air 1977).

130 Ces signataires expliquent souhaiter par là que « soit mis un terme aux activités politiques qui agitent la clinique au détriment des malades » (« Le conflit de Bel-Air continue. 244 employés solidaires de la direction. », 1977).

131 À noter qu'entre-temps Bierens de Haan et son collègue ont déposé, avec l'aide de leur avocat Nils de Dardel, un recours contre la décision de leur « déplacement », sans toutefois obtenir le résultat escompté. Le Conseil d'État ayant même rapidement cassé l'effet suspensif qui leur avait pourtant été accordé (Heimberg, 2005).

de Haan se trouve en position de qualifier et de hiérarchiser les deux camps qui se font face. Selon lui, la controverse oppose une psychiatrie « traditionnelle » et « médicalisée » à une approche plus contemporaine qu'il appelle « relationnelle » ou psychiatrie « sociale », laquelle repose notamment sur la mise en œuvre de communautés thérapeutiques.

Interrogé à la suite de Bierens de Haan, Tissot récuse cette façon de présenter les choses. Selon lui (H. De Senarclens, 1977c), il s'agit d'un conflit entre différents courants de pensée qui se joue autour d'une distinction entre psychiatres et antipsychiatres, les premiers n'étant pas moins modernes que les seconds¹³².

Pour légitimer leur approche, les deux médecins s'appuient sur une série d'arguments montrant leur opposition radicale dont l'enjeu principal concerne la pratique des électrochocs.

Bierens de Haan conteste la légitimité scientifique accordée à la psychiatrie biologique en affirmant qu'elle repose sur une interprétation erronée des problèmes psychiques en termes organiques et qu'elle ne repose pas sur des fondements scientifiques aussi solides et étendus que ses tenants le prétendent :

« L'un des défauts de la psychiatrie actuelle, c'est d'avoir transformé des gens avec des souffrances ou des problèmes, en malades avec des symptômes. Il y a effectivement des troubles mentaux qui se greffent sur un type de maladie organique. Mais pour le reste, ce sont de sérieux problèmes humains, que l'on résout plus facilement à mon avis en les interprétant en termes de problèmes que de maladies. [...] on démontrera peut-être un jour, en effet, qu'un certain nombre de problèmes aigus des gens sont des maladies au sens physique. Mais pour l'instant, l'on a une toute petite minorité de troubles psychiques pour lesquels on peut se permettre ce rapprochement. [...] C'est donc céder à une pure hypothèse que de traiter un délire en électrifiant le cerveau » (H. De Senarclens, 1977b).

¹³² Relevons que le journaliste Hubert de Senarclens participe lui-même activement au cadrage de cette controverse lorsqu'il décide de reprendre les termes proposés par Bierens de Haan dans le titre générique de cette série de quatre articles : « *Psychiatrie à Genève : querelle des anciens et des modernes* » (H. De Senarclens, 1977a, 1977b, 1977c, 1977d).

Les propos de Bierens de Haan s'appuient sur un discours intégrant des thèses foucaldiennes et antipsychiatriques, qui conçoivent les rapports soignant-soigné·e sous l'angle de la domination, lesquels sont pris pour cible des actions contestataires. Ainsi, Bierens de Haan affirme que la pratique des électrochocs est l'illustration d'une collusion entre « savoir » et « pouvoir » et qu'elle est l'expression d'une violence institutionnelle répressive, commise à l'encontre des patient·es qui en sont les victimes (H. De Senarclens, 1977b). Il exige qu'une réflexion soit menée au sein de l'institution sur « la part du politique » en psychiatrie. Il revendique également que l'opinion du ou de la patient·e sur son expérience de l'institution, des services de soins et des traitements soit prise en compte dans l'intervention clinique, laquelle devrait, selon lui, s'inscrire dans un cadre de volontariat (H. De Senarclens, 1977b).

Pour sa part, Tissot affirme qu'« on sait parfaitement que – même s'il y a des maladies de sociétés, comme la drogue ou l'alcoolisme – un très grand nombre d'autres correspondent à des troubles biologiques précis » (H. De Senarclens, 1977d). D'après lui, l'enjeu du débat est autre : les électrochocs représentent un traitement indiqué pour des patient·es dont la maladie altère le libre arbitre et qui, de ce fait, n'ont pas conscience de leur pathologie. Dans ce type de situation, et en particulier dans les cas d'urgence, le consentement au traitement ne peut être recherché, parce qu'« une information n'a de toute manière aucun retentissement » (H. De Senarclens, 1977d). Pour soutenir le recours aux traitements biologiques, dont les électrochocs, Tissot argue de leur efficacité, mais reformule également l'état de délire dans lequel se trouvent les malades en question, et qui témoigne selon lui d'une demande d'aide et de protection adressée au psychiatre, demande à laquelle celui-ci « doit savoir, souvent avec tout le drame que cela comporte, décider pour [l]e malade » (H. De Senarclens, 1977c).

À l'analyse de ces quatre articles, on constate tout d'abord que les mobilisations organisées autour de l'internement de la militante nucléaire sont ici – comme dans bon nombre des articles de presse

de cette période – retraduites par les protagonistes ainsi que par les journalistes, dans les termes d’une controverse essentiellement interne à la discipline psychiatrique. Le corollaire à cette situation est que les patient-es ou personnes usagères, pour et autour desquels ces collectifs se mobilisent, sont très peu amené-es à prendre la parole, voire ne sont pas loin d’être instrumentalisé-es¹³³.

En parlant à leur place dans l’espace médiatique, chacun des protagonistes invoque à sa manière les attentes supposées des patient-es. Pour Bierens de Haan, ils et elles attendent d’être interrogé-es sur leur propre expérience des institutions, des services de soins et des traitements, ce afin que le ou la clinicien-ne en tienne compte dans sa démarche, laquelle ne peut être menée à bien sans le consentement du ou de la patient-e. Pour Tissot en revanche, les patient-es attendent implicitement que le ou la clinicien-ne juge de son propre chef, et sur la base de sa propre expertise clinique et scientifique, du traitement efficace à administrer dans une situation où le ou la patient-e, en raison de son état psychique, est considéré-e comme n’étant pas en mesure de formuler une demande explicite, ni d’intégrer des informations qui lui permettraient de donner son consentement.

Relevons que dans les deux cas, les arguments avancés par les protagonistes relèvent moins du registre *scientifique*, que des

¹³³Bierens de Haan publie en outre le 3 septembre 1977, soit une vingtaine de jours avant la parution de cette série d’entretiens dans la *Tribune de Genève*, une longue lettre ouverte intitulée « Lettre à Anna B. » dans le quotidien vaudois *24 Heures*. Dans cette lettre ouverte, Bierens de Haan retrace ce qu’il imagine être l’expérience et les angoisses vécues par Anna au cours de son premier internement à la clinique de Bel-Air, pour dénoncer avec ferveur la posture et les conceptions des soins des psychiatres auxquelles elle s’est, selon lui, trouvée confrontée : « Visage d’adjudant-chef, défenseur de l’ordre et des citoyens ! Visage d’instituteur. Visage de technicien qui considère avec froideur et intérêt votre folie, l’apprécie, la soupèse pour lui donner un nom à défaut d’explication, un traitement de choc, à défaut de compréhension. Psychiatre du XX^e siècle, pauvre botaniste qui herborise avec méthode aux confins des cités. Là, il pense découvrir la souffrance de l’homme. Il la saisit entre ses gros doigts, l’observe, la décrit, la compare. Trouverai-je une nouvelle espèce pour enrichir mon herbier ? Triste collection de plantes desséchées, tristes étagères bourrées de dossiers de morts où les mots s’ajoutent les uns aux autres : psychopathe, pervers, homosexuel, agressif ou psychotique, apragmatique, dissocié, halluciné... Anna ne perdez rien de ces visages qui se démasquent devant vous. Visage du psychiatre-valet, qui a fait une bêtise et murmure : “Je n’ai fait qu’exécuter les ordres” tout en appelant collègues et patrons à la rescousse. » (Bierens de Haan, 1977)

registres *expérientiels* – car relatifs à l'expérience des patient·es et à celle du clinicien – et *sociopolitiques*, puisque ayant trait aux pouvoirs et savoirs respectifs du ou de la patient·e et du psychiatre¹³⁴.

Que reste-t-il, à l'automne 1977, des mobilisations militantes autour des trois « cas » particuliers dénoncés, transposées en *affaires* par l'attention médiatique qui leur a été portée – celles de la jeune commerçante, de l'étudiant en droit et de la jeune militante antinucléaire –, et de la controverse générée par l'« affaire des deux médecins » ?

Au parlement genevois, les revendications du comité contre la répression psychiatrique et l'assemblée des étudiant·es ont été examinées et un rapport a été établi. Depuis le dépôt de la pétition des militant·es au printemps 1976, deux projets de révision de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales du 14 mars 1936 ont été déposés devant le Grand Conseil et une commission *ad hoc* mandatée pour la réviser a été constituée au printemps 1977. J'y reviendrai.

À l'automne 1977, après quelques mois d'activisme et de polémique médiatique intenses, l'attention de la presse et de l'opinion publique retombe. Du côté des militants·es antipsychiatriques (professionnel·les de la santé et juristes), la question paraît se poser : comment poursuivre cet engagement en faveur des droits des personnes internées, ou menacées de l'être, dès lors que le problème de l'internement psychiatrique est aux mains du parlement genevois ? S'agit-il de poursuivre une lutte menée essentiellement au cas par cas, à renfort de conférences de presse, de rassemblements, de dénonciations publiques et d'actions devant le tribunal administratif cantonal ? Ou d'autres formes d'engagement devraient-elles être envisagées ? Et du côté des (ex-)patient·es, des personnes qui ont été internées, ou qui ont été menacées de l'être – elles-mêmes peu audibles dans ce contexte –, qu'en est-il ? Tournons notre regard

134 Je précise que si Tissot souligne l'importance de tenir compte de l'efficacité des traitements, il n'invoque ni ne produit d'argument à caractère scientifique.

vers le chapitre suivant pour comprendre de quelle façon les critiques et revendications portées jusque-là par les militant-es vont connaître une formalisation nouvelle.

Chapitre 3

Création de l'Adupsy : formalisation des actions militantes

L'idée de créer une association de patient-es dédiée spécifiquement à la défense de leurs droits et intérêts sur le territoire genevois est évoquée pour la première fois au sein d'un petit groupe d'environ cinq à six personnes, parmi lesquelles Alain Urban – et très certainement aussi June Howells Spalding¹, une autre (ex-) patiente –, les deux ergothérapeutes, Alain Riesen et Roger Schuler, et le psychiatre, Barthold Bierens de Haan, à l'issue d'une rencontre du Réseau international d'alternative à la psychiatrie à la Maison de quartier de la Jonction à Genève, les 20 et 21 avril 1978².

1 Les informations orales récoltées laissent supposer que June Howells Spalding, aujourd'hui décédée, a également été présente à cette occasion. Entretiens avec Roger Schuler le 3 octobre 2012, avec Rolf Himmelberger du 12 décembre 2012 et avec Bierens de Haan le 19 mars 2014.

2 Entretiens avec Roger Schuler le 3 octobre 2012, avec Alain Riesen du 11 octobre 2012 et avec Barthold Bierens de Haan le 19 mars 2014. Riesen, A. et Schuler, R (2012, 22 novembre). *Une approche critique de la psychiatrie : témoignages* [communication orale]. Cinquième rencontre-débat des Archives contestataires, psychiatrie et antipsychiatrie, histoire, acteurs et enjeux d'une contestation, des années 1968 à nos jours, Genève. http://archivescontestataires.ch/valoriser/evenements-passes/121122_Debat-psy_Roger-Alain-debat-general.mp3. Entretien avec Alain Riesen réalisé par Federico Dotti (décembre 2013). http://edutechwiki.unige.ch/dewiki/Droits_des_

Issu d'un milieu protestant très aisé, Alain Urban (1953-1980) a effectué des études classiques, puis étudié la théologie durant une année à l'Université de Genève. Par la suite, il change d'orientation, entreprend des études d'agronomie à l'École polytechnique fédérale de Zurich et obtient son diplôme en 1978³. Parallèlement à ses études, Alain Urban participe, avec sa compagne Sylvie Haller, au mouvement antinucléaire – en particulier aux actions du collectif Comité contre Verbois nucléaire (CCVN) – ainsi qu'aux activités du Groupe action prison (GAP) créé en 1975 (Gros, 1987, p. 187). Depuis la fin de ses études, il travaille au centre Liotard, un centre d'accueil dédié à une population dite « marginale⁴ ». Dès 1978 également, il s'engage activement dans la création de l'Adupsy, puis au sein de son comité. Hospitalisé à plusieurs reprises en psychiatrie, il décède à l'âge de 27 ans lors d'une hospitalisation à la clinique psychiatrique de Bel-Air le 29 juin 1980⁵.

June Howells Spalding est une femme d'origine américaine proche de la Société des amis (*Quakers*), qui réside alors dans le canton de Genève. Elle est déjà très investie dans la défense des droits des personnes psychiatisées au moment où l'idée de créer l'Adupsy est énoncée, et en devient rapidement membre. Après avoir

patients_psychiatriques. Entretien avec Alain Riesen réalisé en mars 2014 par Marion Sicard et Suzanne Parizot, publié dans (Sicard et Parizot, 2014, p. 497).

- 3 Intéressé par l'entomologie, Alain Urban rédige un mémoire de fin d'études sur la mouche de l'olivier en Crête, à Xhania, où il séjourne à plusieurs reprises avec sa compagne. Entretiens avec Sylvie Haller du 5 janvier 2021 et avec Daniel Lines le 8 janvier 2021.
- 4 Pour plus de détails sur le centre Liotard, voir p. 91, note 55.
- 5 Comme je l'ai mentionné en introduction, son décès et les circonstances qui l'entourent génèrent de nombreuses réactions de protestation et de mises en cause des responsables des institutions psychiatriques universitaires genevoises (IUPG) et de leur fonctionnement, en particulier de la clinique de Bel-Air et de son directeur (voir chapitre 5). Voir aussi à ce sujet : Dotti, 2018 ; Heimberg, 2005 ; Steinauer, 1982. Son décès donne lieu à une enquête pénale (voir chapitre 6). Les informations biographiques présentées ici sont issues des sources suivantes : texte rédigé et lu par Roger Schuler en hommage à Alain Urban le 4 juillet 1980 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S04-SS2). « Communiqué du centre Liotard » (s.d.) (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S04-SS2). (Bimpagne, 1988, p. 23 ; Domon, 1988d, p. 2.) Entretiens avec Roger Schuler le 3 octobre 2012, avec Sylvie Haller le 5 janvier 2021 et avec Daniel Lines le 8 janvier 2021.

été internée en psychiatrie à Genève au début des années 1970, elle participe aux alentours de 1977 à la fondation d'une commission sur les lois et réformes légales relatives à l'internement psychiatrique au sein de la Ligue suisse des droits de l'homme (LSDH). À la même période, elle est aussi membre d'Amnesty International et de l'Association suisse contre les abus de la psychiatrie à des fins politiques. En 1982, elle est mandatée par la Fédération internationale des droits de l'homme (FIDH) pour suivre les travaux de la sous-commission de la lutte contre les mesures discriminatoires et de la protection des minorités dont une partie des travaux est consacrée aux mesures de protection des personnes détenues pour maladie mentale ou souffrant de troubles mentaux. June Howells Spalding participe activement à de nombreuses activités de l'Adupsy jusqu'à la fin des années 1980⁶.

Au cours des deux journées de rencontres du Réseau international d'alternative à la psychiatrie d'avril 1978 à Genève – à laquelle prennent également part des figures tutélaires du Réseau –, l'existence de collectifs d'(ex-)patient·es à l'étranger est évoquée⁷. D'après Alain Riesen, Roger Schuler et Barthold Bierens de Haan, Alain Urban et un·e ou deux autres ancien·nes patient·es, enthousiasmés par de telles initiatives, les sollicitent et leur suggèrent de créer ensemble une organisation consacrée à la défense des droits des « patients » ou « usagers de la psychiatrie ». Lors d'un débat public organisé en novembre 2012 par les Archives contestataires, Alain Riesen se remémore cet instant :

« Le dernier réseau du Réseau d'Alternative à la psychiatrie a lieu à Genève avec des figures telles que Guattari, telles que Rotelli, le successeur de

6 Archives contestataires (s.d.). *Notice biographique*, <http://inventaires.archivescontestataires.ch/index.php/june-howells-spalding> (Howells Spalding, 1985). Entretien avec Rolf Himmelberger du 12 décembre 2012, avec Alain Riesen du 24 janvier 2013, avec Richard Vuagniaux le 21 février 2014, et avec Barthold Bierens de Haan le 19 mars 2014.

7 Là aussi les informations à disposition sur les expériences évoquées à cette occasion, tirées de sources orales et écrites, sont lacunaires et ne me permettent pas de déterminer avec précision quels sont les collectifs qui ont initialement servi de source d'inspiration.

Basaglia, telles que... Elkaïm, Robert Castel, etc. Et – c’est un week-end, c’est à la maison de quartier de la Jonction –, on fait un travail d’atelier, de débat, etc. – et à la fin de ce week-end, sur le trottoir, il y a Alain [...] avec un copain, Barthold Bierens de Haan, [...] moi et Roger et ils nous interpellent. Ils nous disent : “Maintenant ça suffit. Il faut créer une organisation pour défendre, développer, réfléchir, pratiquer la question des droits des patients”. Mais dans un sens large du terme, pas seulement la question des droits juridiques et légaux... [car] cela ne suffit pas, je veux dire, à promouvoir des transformations et des changements dans ce domaine par rapport à ce que vivent les personnes, mais avoir une vraie réflexion ouverte. Et ils nous interpellent en disant : “Vous devez vous engager dans un espace associatif”. Et on décide ensemble de créer l’ADUPSY, l’Association pour les Droits des Usagers de la Psychiatrie⁸. »

Selon ces trois professionnels de la santé mentale, Alain Urban et celle(s) ou ceux qui l’accompagnent, dont certainement June Spalding, affirment ainsi d’emblée vouloir défendre une conception des droits des patient-es en psychiatrie qui aille au-delà de la révision et de l’extension de droits légaux, pour développer une véritable critique visant la transformation des institutions et des pratiques professionnelles en vigueur en santé mentale à Genève⁹. Craignant toutefois d’être confronté-es à nouveau dans le futur aux institutions et aux professionnel·les qu’ils souhaitent critiquer publiquement, ces (ex-) patient-es insistent sur la nécessité de créer des alliances avec des professionnel·les de la santé mentale et les enjoignent à se montrer solidaires en s’engageant dans la création de cette organisation¹⁰.

8 Riesen, A. et Schuler, R (2012, 22 novembre). *Une approche critique de la psychiatrie : témoignages* [communication orale]. Cinquième rencontre-débat des Archives contestataires, psychiatrie et antipsychiatrie, histoire, acteurs et enjeux d’une contestation, des années 1968 à nos jours, Genève. http://archivescontestataires.ch/valoriser/evenements-passes/121122_Debat-psy_Roger-Alain-debat-general.mp3.

9 Entretiens avec Roger Schuler le 3 octobre 2012 et avec Barthold Bierens de Haan le 19 mars 2014. Riesen, A. et Schuler, R (2012, 22 novembre). *Une approche critique de la psychiatrie : témoignages* [communication orale]. Cinquième rencontre-débat des Archives contestataires, psychiatrie et antipsychiatrie, histoire, acteurs et enjeux d’une contestation, des années 1968 à nos jours, Genève. http://archivescontestataires.ch/valoriser/evenements-passes/121122_Debat-psy_Roger-Alain-debat-general.mp3.

10 Entretiens avec Roger Schuler le 3 octobre 2012 et avec Alain Riesen du 11 octobre 2012. Entretien avec Alain Riesen réalisé en mars 2014 par Marion Sicard et Suzanne Parizot, publié dans Sicard et Parizot (2014, p. 497).

Les professionnels interpellés – tous des hommes à ma connaissance – sont sollicités en raison de leur expérience militante et de la relative notoriété qu'ils ont acquises localement les années précédentes en procédant notamment à la dénonciation d'internements psychiatriques, de la pratique des électrochocs – *a fortiori* sans le consentement des patient·es concerné·es –, et en militant au sein de différents mouvements et organisations critiques dans le domaine de la santé, ainsi qu'au sein d'autres mouvements contestataires des années 1968 tels ceux mobilisés autour de la question du logement ou en opposition à l'armée ou à l'énergie nucléaire.

3.1 Rassembler un collectif

Au cours des mois qui suivent cet échange, ce petit groupe informel mobilise progressivement d'autres professionnel·les de la santé mentale (des psychiatres, infirmier·ères, travailleur·euses sociaux·ales), des juristes ainsi que d'autres « personnes intéressées », dont des (ex-)patient·es, afin de former un groupe de travail chargé de préparer la constitution de cette nouvelle organisation¹¹. Riesen, Schuler et Bierens de Haan interpellent le premier juriste et avocat à rejoindre le groupe informel, Nils de Dardel, membre de l'Association des juristes progressistes (AJP).

Au cours de l'automne 1978, ce groupe de travail tripartite (professionnel·les de la psychiatrie, du droit et personnes usagères) s'attelle à la rédaction d'argumentaires visant à justifier la création d'une « Association pour les droits des usagers de la psychiatrie » (Adupsy), à définir ses buts, son mode de fonctionnement et ses statuts¹². En décembre 1978, puis en février 1979, les membres du

11 « Procès-verbal de l'assemblée générale constitutive de l'Adupsy », 2 mars 1979 (Archives privées Bierens de Haan, classeur Adupsy 1978, onglet Adupsy/Histoire). Entretiens avec Roger Schuler le 3 octobre 2012, avec Alain Riesen du 11 octobre 2012, avec Rolf Himmelberger du 12 décembre 2012, avec Richard Vuagniaux le 21 février 2014 et avec Barthold Bierens de Haan le 19 mars 2014.

12 « Pour une association pour les droits des usagers de la psychiatrie », Genève, octobre 1978 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S03). « Pourquoi une association pour les droits des usagers de la psychiatrie ? (Adupsy) », Genève, décembre 1978 (AC,

groupe diffusent une information plus large dans leurs réseaux de militant-es et ceux dont ils ont connaissance, afin d'inviter d'autres professionnel·les militant-es et (ex-)patient-es à rejoindre leur projet associatif. L'ambition est de donner naissance à un véritable mouvement en faveur des droits des personnes usagères de la psychiatrie à Genève¹³. Trente-quatre personnes répondent à l'appel lors de la dernière réunion du groupe préparatoire du 18 janvier 1979 au centre Liotard, et environ quatre-vingts personnes participèrent à l'assemblée générale constitutive du 2 mars 1979, au centre de loisirs du quartier des Eaux-Vives¹⁴.

3.2 Produire son histoire

Au cours de l'assemblée générale constitutive du 2 mars 1979, le psychiatre Barthold Bierens de Haan – qui intègre directement le comité de l'association¹⁵ – présente un historique de l'Adupsy qui rappelle une série d'événements antérieurs justifiant à ses yeux la nécessité de créer une telle association¹⁶. Il évoque la rencontre qui avait eu lieu à l'issue de la dernière réunion du Réseau international d'alternative à la psychiatrie à Genève et la constitution, dans la foulée, du groupe préparatoire. Mais au préalable, il cite les trois cas d'internements

fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S03). « Proposition de statuts juridiques », Genève, janvier 1979 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S03).

13 Lettre d'invitation à la dernière réunion du groupe de préparation de l'Adupsy du 18 janvier 1979, Genève, décembre 1978 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S03). Feuillet d'annonce de l'assemblée de constitution de l'Adupsy du 2 mars 1979, Genève, février 1979 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S03).

14 « Adupsy, Association pour les droits des usagers de la psychiatrie, rapport annuel 1979 », Genève, 5 janvier 1980 (Archives privées Bierens de Haan, classeur Adupsy 1978, première partie sans onglet).

15 Le comité élu lors de l'assemblée générale du 2 mars 1979 est composé de onze membres, parmi lesquels quatre (ex-)patient-es, cinq professionnel·les de la santé mentale (un psychiatre, deux ergothérapeutes et deux psychologues) et deux juristes. « Adupsy, Association pour les droits des usagers de la psychiatrie, rapport annuel 1979 », Genève, 5 janvier 1980 (Archives privées Bierens de Haan, classeur Adupsy 1978, première partie sans onglet).

16 « Procès-verbal de l'assemblée générale constitutive de l'Adupsy », 2 mars 1979, p. 1 (Archives privées Bierens de Haan, classeur Adupsy 1978, onglet Adupsy/Histoire).

psychiatriques – ou tentatives d'internements –, précédemment détaillées, lesquels semblent dorénavant bien connus à Genève.

Il est intéressant ici de se pencher sur la manière dont ces « affaires » sont investies par Bierens de Haan. Ce dernier effectue un travail d'identification et de mise en récit des événements justifiant à ses yeux la création d'une association dédiée à la défense des droits des personnes usagères, insérant ces événements de façon spécifique dans la configuration de la santé mentale genevoise et dans un espace social local de mobilisations des années 1970.

Dans les notes préparatoires à son intervention, Bierens de Haan indique vouloir présenter ces trois cas « à titre d'exemple ». Pour lui, « l'Adupsy a une histoire, celle de la violation des droits des malades, des usagers¹⁷ » à Genève, et les affaires citées illustrent précisément la violation de ces droits – tant au niveau de l'internement que du choix du traitement – ainsi que les luttes menées localement à leur encontre. La création de l'Adupsy s'inscrit donc d'après lui dans la ligne directe de la critique des internements psychiatriques et de la légitimité du pouvoir psychiatrique.

Bierens de Haan – tout comme d'autres professionnel·les de la santé mentale et juristes de l'Adupsy, dont notamment les deux ergothérapeutes Alain Riesen et Roger Schuler et le juriste et avocat Nils de Dardel – inscrit la création de l'Adupsy dans la continuité d'une série de mobilisations et d'organisations militantes, au sein desquelles lui-même et ses ami·es militant·es se sont engagé·es dès la fin des années 1960 et le début des années 1970¹⁸. Il s'agit des organisations, locales et internationales, dites « d'alternative à la psychiatrie¹⁹ », d'organisations militant dans le champ de la

17 Notes manuscrites préparatoires à l'assemblée générale constitutive de l'Adupsy du 2 mars 1979 (Archives privées Bierens de Haan, classeur Adupsy 1978, onglet Adupsy/Histoire).

18 Entretien avec Nils de Dardel le 24 avril 2020.

19 Notamment le Réseau international d'alternative à la psychiatrie et sa section locale romande évoqués plus haut (voir chapitre 1).

médecine en Suisse et en Suisse romande en particulier²⁰, ainsi que de mouvements critiques locaux mobilisés sur des causes, telles que le nucléaire, l'armée, le féminisme ou le logement.

Ainsi, la création de l'Adupsy est considérée par les personnes qui en sont à l'origine comme l'aboutissement d'un ensemble de mobilisations menées antérieurement, localement et internationalement, pour critiquer le dispositif psychiatrique de l'asile et dénoncer des internements arbitraires. Ces mobilisations et organisations entretiennent par ailleurs des relations plus ou moins étroites avec d'autres mobilisations et organisations de gauche dans le contexte des mouvements caractéristiques des années post-1968. Les militant-es ayant fondé l'Adupsy ont en définitive « formalisé l'Adupsy après l'avoir créée », pour reprendre les termes de Nils de Dardel lorsqu'il se remémore cette période²¹.

Ce récit historique produit par les personnes à l'origine du projet associatif à l'occasion de l'assemblée générale constitutive sera diffusé plus largement, et toujours fidèlement, pour présenter l'association, notamment auprès de la presse locale. Ce récit est à la fois instituant et programmatique parce qu'il inscrit d'emblée l'Adupsy dans un contexte spécifique de controverses et de conflits vis-à-vis de la psychiatrie institutionnelle genevoise et qu'il la situe dans un ensemble d'organisations et de luttes sociales locales.

3.3 Définir les problèmes

Le petit groupe de personnes qui initie l'Adupsy rédige à la fin de l'année 1978 deux argumentaires²² qu'il diffuse dans le but de

20 Parmi lesquelles : le Comité d'action santé (CAS), créé en 1972 à Genève ; le Groupe travail social et psychiatrie, créé en 1973 à Genève également, l'Association des médecins indépendants de Suisse (*Vereinigung der Unabhängiger Ärzte der Schweiz*) et du Groupe romand des médecins progressistes (AMPD), créés respectivement en juin 1975 et entre juin et octobre 1975 ; ainsi que du comité contre la répression psychiatrique, créé en mars 1976.

21 Entretien avec Nils de Dardel le 24 avril 2020.

22 Il s'agit des deux documents précités : « Pour une association pour les droits des usagers de la psychiatrie », Genève, octobre 1978 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-

recruter des membres pour fonder l'association. Ces textes énoncent les problèmes que cette association devrait prendre pour cible, les enjeux qui seraient associés à ces problèmes, ainsi que les revendications qu'une telle association devrait formuler et les objectifs qu'elle devrait se fixer.

L'un des deux argumentaires pose un constat : « La psychiatrie, telle qu'elle se pratique actuellement à Genève, est un état de fait avec lequel il faut compter dans ses aspects positifs, et dans ses aspects négatifs²³. » Ses auteurices précisent ne pas vouloir débattre du thème de la folie et de son étiologie, celui-ci ayant selon elles et eux été largement discuté durant les années précédentes sur le territoire genevois, tant par les tenant-es « d'une psychiatrie traditionnelle », que par celles et ceux qui s'y sont opposés plus ou moins radicalement²⁴. Les personnes à l'origine du projet affirment néanmoins leur intention de « placer le problème de la folie à l'intérieur de ses implications sociales²⁵ », un problème qui réside selon elles et eux dans le rôle ambigu conféré par la société à l'institution psychiatrique, pouvant aller à l'encontre des droits et intérêts de celles et ceux qu'elle voudrait pourtant protéger et soigner.

La psychiatrie, affirment les auteurices de l'argumentaire, a en effet la charge de protéger l'individu de l'exclusion sociale, mais elle contribue elle-même à cette exclusion, en particulier lorsqu'elle pose un diagnostic de maladie mentale et juge de l'incapacité de discernement. C'est au moment où un individu est stigmatisé par un diagnostic de maladie mentale qu'il est confronté à de sérieux problèmes sociaux et économiques (emploi, logement, etc.), problèmes qui s'avèrent d'autant plus difficiles à surmonter lorsque la personne est internée et privée de l'exercice de ses droits civiques.

S-S03) et « Pourquoi une association pour les droits des usagers de la psychiatrie ? (Adupsy) », Genève, décembre 1978 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S03).

23 « Pour une association pour les droits des usagers de la psychiatrie », Genève, octobre 1978, p. 1 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S03).

24 Une partie des membres du groupe préparatoire ont contribué à ces débats. J'y reviendrai.

25 « Pour une association pour les droits des usagers de la psychiatrie », Genève, octobre 1978, p. 1 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S03).

Dans l'optique des personnes à l'origine de l'Adupsy, le diagnostic de maladie mentale et le jugement d'incapacité de discernement justifiant la privation des droits civiques sont emblématiques du trop grand pouvoir accordé par la société à la psychiatrie, laquelle exclut ainsi l'individu du jeu social.

Les militant-es dénoncent en outre plus spécifiquement le rôle d'intercesseur ou de médiateur entre le ou la patient-e, son milieu et la société, conféré au ou à la psychiatre et à l'équipe soignante. Ce rôle – qu'ils et elles reconnaissent par ailleurs comme étant difficile – desservirait à la fois les soignant-es et les patient-es, en raison des rapports fortement inégalitaires qu'il implique. Il desservirait le ou la psychiatre « parce qu'on lui suppose une sorte de toute puissance occulte sur la maladie qu'il ne possède pas, au lieu de le considérer comme un homme concerné par la souffrance et la guérison²⁶ » ; il desservirait également les malades qui, dans leurs rapports au ou à la psychiatre, sont habité-es par la crainte, la méfiance ou la soumission, et qui, de ce fait, ne parviendraient pas à établir des rapports sociaux profitables. Dans ces situations, affirment les militant-es, s'instaure trop fréquemment un « rapport de pouvoir » qui empêcherait le ou la patient-e de contester un traitement ou une intervention, alors même que les règles de déontologie médicale interdisent en principe d'intervenir sans son libre consentement.

Le groupe de militant-es plaide dès lors pour l'établissement, autant que faire se peut, de « rapports contractuels » entre le ou la patient-e et le ou la psychiatre – et plus largement entre le ou la patient-e et l'ensemble des instances médicales, paramédicales et sociales. Ils et elles aspirent à la transformation des rapports de soins et à des situations « où l'égalité de chacun serait respectée, au-delà de la sanction sociale, et cela même à l'intérieur de l'asile²⁷ ». Le recours à la notion d'« usager » – que ce soit dans les textes

26 « Pourquoi une association pour les droits des usagers de la psychiatrie ? (Adupsy) », Genève, décembre 1978, p. 1 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S03).

27 « Pour une association pour les droits des usagers de la psychiatrie », Genève, octobre 1978, p. 2 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S03).

préparatoires ou dans l'appellation de l'association – doit dès lors venir signifier cette volonté de transformation des rapports de domination en rapports contractuels librement consentis.

Les personnes à l'origine de l'Adupsy s'attachent, en outre, dans leurs textes, à mettre en exergue une figure de patient·e particulièrement isolé·e, au sein d'institutions persistant à fonctionner sur un mode asilaire. Confronté·e aux problèmes psychiques, le ou la patient·e s'estimant lésé·e par la psychiatrie ne peut qu'être renforcé·e dans son isolement par la crainte ou le désintérêt qu'engendre chez autrui la maladie psychique ; cet isolement ne peut d'ailleurs que saper sa propre volonté de recourir à une défense, pourtant souvent fondée et en ce sens « légitime », selon le collectif du projet associatif²⁸.

Cependant, contrastant avec l'état de fait qu'ils et elles dépeignent, ils et elles rappellent aussi que malgré cet isolement social, des luttes collectives ont été possibles sur le territoire genevois comme ailleurs au cours des dernières années²⁹. La mobilisation et la solidarité d'amis, de juristes et de « travailleurs » de la santé mentale ont permis de dénoncer, parfois avec succès, des internements arbitraires, ou des tentatives d'internements, notamment par le biais d'une forte médiatisation. De leur avis, la publicisation de cas particuliers hautement personnifiés comme moyen d'action s'est révélée être une stratégie relativement efficace, celle-ci peut aussi mettre en péril des personnes concernées, même en parfaits équilibres psychiques. Aussi, ils et elles estiment que si le recours à la publicisation peut être nécessaire dans certain cas, il est désormais essentiel de disposer d'une « structure adéquate, permettant d'analyser chaque cas sans avoir à tirer à nouveau du néant les bases d'une action³⁰ ». La création d'une association dédiée à la

28 *Ibid.*

29 Le contenu des sources orales et écrites ne permet de préciser quelles sont ces luttes auxquelles il est fait référence. « Pour une association pour les droits des usagers de la psychiatrie », Genève, octobre 1978, p. 2 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S03).

30 « Pour une association pour les droits des usagers de la psychiatrie », Genève, octobre 1978, p. 2 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S03).

défense des droits des personnes suspectées de maladie mentale aurait aussi selon elles et eux pour avantage de permettre d'agir plus discrètement et plus finement entre les bornes de l'éventail du « tout ou rien » pratiqué jusque-là, soit entre des situations où des actions fortes de mobilisation et de médiatisation sont entreprises et celles où aucune action n'est entreprise. Ainsi, les personnes à l'origine de l'Adupsy affirment leur conviction très argumentée de la nécessité de créer une association de défense des droits des personnes usagères sur le territoire genevois.

Lors de son assemblée générale constitutive du 2 mars 1979, l'Adupsy présente ses principaux objectifs :

- « – dénoncer, chaque fois qu'il est possible, l'irresponsabilité civile, considérée comme une sanction. Et repousser sans cesse la frontière responsabilité-irresponsabilité, afin que diminue le nombre des usagers de la psychiatrie privé de l'exercice de leurs droits ;
- l'étude critique de tous les projets de révision de la loi sur l'internement et la toxicomanie, avec le souci de préserver et d'augmenter les droits légaux des usagers de la psychiatrie ;
- tenter d'établir des rapports avec les syndicats et les régies [immobilières] afin d'empêcher toute discrimination à l'égard des usagers de la psychiatrie ;
- enfin, favoriser toute démarche allant dans le sens d'une légitime défense des droits des usagers de la psychiatrie³¹. »

Afin d'organiser de manière collective une réflexion critique, des actions de soutien et de défense des droits et intérêts des personnes usagères de la psychiatrie, l'Adupsy adoptera un principe de fonctionnement conjuguant trois perspectives : celle des « usagers de la psychiatrie » ou « psychiatisés » – entendus comme « toutes les personnes en rapport ou en instance de l'être avec les institutions et personnes s'occupant de santé mentale³² » –, celle des soignant-es de

31 « Annexe I » au PV de l'assemblée générale constitutive de l'Adupsy, 2 mars 1979, p. 1 (Archives privées Bierens de Haan, classeur Adupsy 1978, onglet Adupsy/Histoire).

32 « Adupsy, Association pour les droits des usagers de la psychiatrie. Statuts adoptés par l'assemblée de constitution du 2 mars 1979 », Genève, 26 mars 1979, p. 1, art. 4 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S03). Les membres de l'Adupsy qualifient également ces « usagers » de « psychiatisés », en référence aux processus de médicali-

la santé mentale (ergothérapeutes, infirmier·ères, psychiatres, psychologues, travailleur·euses sociaux·ales, etc.) et celle des juristes.

La définition de ce principe de fonctionnement tripartite exprime une volonté de voir s'associer et se nourrir réciproquement chacune des perspectives au sein même de l'association. Précisons que l'identification de ces différentes perspectives ne se traduit par ailleurs pas par une différenciation de statuts parmi les divers membres, contrairement aux choix opérés par d'autres collectifs de défense des droits et des intérêts des personnes usagères de la psychiatrie des années 1970, comme nous allons le voir dans la suite de ce chapitre.

3.4 Débattre de la forme organisationnelle et de l'identité collective

Comme c'était souvent le cas dans la mouvance militante de l'époque, l'assemblée générale constitutive est conçue par les personnes initiant le projet comme l'occasion de débattre collectivement du projet associatif et de ses objectifs. L'une des interrogations à laquelle les militant·es en faveur des droits et intérêts de personnes usagères de la psychiatrie se confrontent au cours des années post-68, – et à cet endroit les militant·es de l'Adupsy ne font pas exception – est celle de la façon de concevoir les modalités de représentation et d'organisation des rapports entre les (ex-) patient·es et les professionnel·les de la santé, du travail social ou du droit, à la fois au sein même des collectifs en question, et vis-à-vis du public extérieur.

Si la nécessité d'entreprendre des luttes collectives en faveur des droits et intérêts des patient·es – ou plutôt des psychiatisé·es,

sation – ou plus spécifiquement de psychiatisation – auxquels ils estiment que ces personnes sont assujetties. Pour plus de détails sur ce point, voir le chapitre 4. En outre, dans l'un des documents rédigés par le groupe préparatoire, celui-ci précise que par extension, la notion d'« usagers » s'applique également aux proches de ces personnes ainsi qu'à toute autre personne qui s'intéresse aux buts de l'association. « Pour une association pour les droits des usagers de la psychiatrie », Genève, octobre 1978, p. 3 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S03).

pour être plus proche du vocabulaire employé par les collectifs de l'époque – est clairement défendue au sein des collectifs prenant part au mouvement antipsychiatrique des années 1970, le registre discursif à partir duquel organiser ces luttes, et les modalités de leur organisation font néanmoins l'objet de débats et parfois aussi de vives tensions parmi les militant·es. Le texte constitutif du Réseau international d'alternative à la psychiatrie rédigé en janvier 1975 – lequel a d'abord été reproduit dans le premier bulletin du Réseau romand d'alternative à la psychiatrie diffusé en janvier 1976³³, avant d'être publié en 1977 dans l'ouvrage édité par Elkaïm, coordinateur du Réseau international (Elkaïm, 1977b, p. 22-26) – est, par exemple, emblématique à cet égard. Dans ce texte, la nécessité de défendre collectivement les intérêts des personnes usagères est soulignée à deux reprises : tout d'abord par des intellectuel·les et professionnel·les de la psychiatrie, puis par quelques patient·es ou ancien·nes patient·es.

Les professionnel·les et intellectuel·les du Réseau plaident pour une lutte pour les droits des « psychiatisé·es » à partir d'une conception antipsychiatrique et marxiste des rapports soignant·es-soigné·es, envisagés sous l'angle des rapports de classes propres aux sociétés capitalistes avancées :

« Les psychiatisés et internés ne sont pas seulement des marginaux, puisqu'ils sont des travailleurs ou chômeurs ayant subi l'exploitation ou la répression de nos sociétés capitalistes.

Seule une transformation de la société, un affrontement de classes, et à condition qu'ils participent, pourront supprimer l'institution psychiatrique avec ses nombreux bras (asiles, hôpitaux psychiatriques, secteur, prison, etc.). [...]

Nous devons également supprimer les rapports soignants-soignés reproduisant la domination de classe. Nous réclamons, pour les mouvements de psychiatisés et d'internés, le droit d'information, d'expression et la liberté d'organisation, le droit de consultation et de retrait des dossiers, le droit

33 « Texte constitutif du réseau (texte final) », in : Réseau suisse romande « Alternative à la psychiatrie », dossier Réseau international d'alternative à la psychiatrie... pour la création d'un réseau en Suisse romande... Genève, janvier 1976, bulletin n° 1, p. 10-14 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S02).

à l'information médicale et au refus des médicaments, l'abolition des lois d'internement et de collocation³⁴. »

En revendiquant des droits *pour* les patient·es en psychiatrie, les militant·es intellectuel·les et professionnel·les de la santé se positionnent en tant qu'allié·es et porte-parole des droits et intérêts des patient·es, tout en soulignant l'absolue nécessité que ces dernier·ères participent aux luttes qui restent à entreprendre. L'enjeu principal de ces luttes est identifié comme étant celui des rapports de pouvoir et de domination existant au sein des institutions psychiatriques, rapports qu'il s'agit précisément de contester, notamment en revendiquant une extension des droits des patient·es ainsi qu'une suppression des lois existantes jugées les plus oppressives : celles régissant l'internement.

Les patient·es et ancien·nes patient·es participant aux réunions du Réseau entretiennent toutefois un rapport critique vis-à-vis du fonctionnement de celui-ci et plus largement des organisations du mouvement antipsychiatrique. Ils et elles mettent plus spécifiquement en doute la capacité des intellectuel·les et des professionnel·les, en particulier des soignant·es, à ne pas reproduire au quotidien et au sein même de l'organisation, les rapports de domination qu'eux-mêmes ou elles-mêmes dénoncent :

« Nous, les psychiatisés et les internés, dénonçons les structures psychiatriques et antipsychiatriques, institutions asilaires ou sectorisation, y compris les structures du congrès [celles de la rencontre organisée les 24-26 janvier 1975 à Bruxelles autour de la thématique de l'«Alternative au secteur», au cours de laquelle est décidée la formation du Réseau international d'alternative à la psychiatrie]. En effet, faute d'information, seule l'avant-garde psychiatrique soignante est présente, alors que les malades réprimés et exploités sont absents, par peur de la répression comme ici à Bruxelles.

34 Elkaïm (1977b, p. 22-26) et « Texte constitutif du réseau (texte final) », in : Réseau suisse romande « Alternative à la psychiatrie », dossier Réseau international d'alternative à la psychiatrie... pour la création d'un réseau en Suisse romande... Genève, janvier 1976, bulletin n° 1, p. 13-14 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S02).

Le débat sur la santé mentale sera faussé tant qu'un rapport juste ne sera pas établi entre soignants et soignés dans une pratique quotidienne cohérente et révolutionnaire.

De toute manière, les soignants, faute de la présence de la base, ne peuvent, en politique, que s'égarer dans les débats stériles et théoriques³⁵. »

Si des patient-es et ex-patient-es adoptent la critique des rapports de domination entre soignant-es et soigné-es au sein des institutions psychiatriques, ceux-ci et celles-ci dénoncent donc également la reproduction de ces rapports au sein même des organisations antipsychiatriques. Aussi, certain-es choisissent de s'engager dans la création d'organisations distinctes, spécifiquement dédiées à la défense de leurs droits et intérêts.

Pour mieux saisir la façon originale des personnes à l'origine du projet de l'Adupsy de concevoir les rapports sociaux entre (ex-) patient-es et les professionnel·les de la santé, du travail social ou du droit, les registres idéologique et discursif à partir desquels ils et elles envisagent ces rapports, ainsi que plus largement la forme organisationnelle qu'ils et elles souhaitent donner à leur association, procédons par analogie et tournons un instant notre attention vers la constitution, au début des années 1972, d'un autre collectif similaire en Grande-Bretagne.

L'idée de la formation d'un collectif de défense des intérêts des patient-es, sous la forme d'un syndicat, émerge en Grande-Bretagne dans le cadre d'une grève qui a lieu à l'hôpital de jour Paddington, une communauté thérapeutique (démocratique) à Londres, en 1972 (Crossley, 2006b, 2006c ; Spandler, 2006). À l'issue de cette grève, un petit groupe, composé de trois patient-es et de trois professionnel·les de la santé mentale, décide de créer un syndicat

35 « Texte constitutif du réseau (texte final) », in : Réseau suisse romande « Alternative à la psychiatrie », dossier Réseau international d'alternative à la psychiatrie... pour la création d'un réseau en Suisse romande... Genève, janvier 1976, bulletin n° 1, p. 14 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S02). À noter que ce passage du texte constitutif du Réseau international alternative à la psychiatrie figure dans la version reproduite en janvier 1976 dans le premier bulletin du Réseau romand d'alternative à la psychiatrie, mais qu'il n'est pas publié dans l'ouvrage édité en 1977 pour le compte du Réseau international (Elkaïm, 1977b, p. 22-26).

de patient-es en santé mentale : le Mental Patient Union (MPU). Ils et elles planifient une première réunion publique et rédigent un manifeste, connu sous le nom de *Fish Pamphlet*³⁶, dont le contenu est également marqué par une analyse marxiste (Crossley, 2006b, 2006c ; Roberts, 2008 ; Spandler, 2006). La lutte des patient-es en santé mentale est, dans ce contexte, aussi conçue comme faisant partie intégrante d'une lutte des classes plus générale, dans une société capitaliste avancée. La psychiatrie y est présentée comme l'une des formes les plus subtiles de contrôle social des classes ouvrières, recourant à des technologies issues de la psychiatrie biologique pour traiter, ou plutôt « contrôler », la détresse sociale : la thérapie électroconvulsive (ECT), la lobotomie et des médicaments psychotropes (Crossley, 2006b, 2006c ; Roberts, 2008).

Les membres à l'origine du MPU tirent leur inspiration de la création d'un syndicat de patient-es d'un ensemble de luttes radicales et de mouvements sociaux qui manifestent publiquement leurs revendications en Grande-Bretagne et aux États-Unis à la fin des années 1960 et au début des années 1970 : le mouvement de libération des femmes, les Black Panthers, le mouvement pour les droits des prisonnier-ères, ainsi

36 Le « Manifeste du poisson » tire son nom de la citation suivante du psychiatre et psychanalyste américain Karl Menninger qui, accompagnée d'une image pour l'illustrer, figure sur la couverture du manifeste du MPU : « Un individu qui éprouve des difficultés inhabituelles à s'adapter à son environnement se débat et ramasse la poussière, pour ainsi dire. J'ai utilisé l'image d'un poisson pris à l'hameçon : ses girations doivent sembler particulières aux autres poissons qui ne comprennent pas les circonstances ; mais ses éclaboussures ne sont pas son mal, elles sont son effort pour se débarrasser de son mal et, comme tout pêcheur le sait, ces efforts peuvent être couronnés de succès » (ma traduction). (Citation originale : "An individual having unusual difficulties in coping with his environment struggles and hicks up the dust, as it were. I have used the figure of a fish caught on a hook: his gyrations must look peculiar to other fish that don't understand the circumstances; but his splashes are not his affliction, they are his effort to get rid of his affliction and as every fisherman knows these efforts may succeed.") Cette citation convoque le symbole du poisson pour évoquer les difficultés inhabituelles d'un individu à s'adapter à son environnement, un individu qui se démène. L'image représente un poisson qui se débat au bout d'un hameçon. Elle symbolise un individu dont la détresse, provoquée par des circonstances sociales spécifiques auxquelles il tente de faire face, se trouve être interprétée de manière erronée comme une maladie mentale ; l'individu en question, comme pris au piège, se trouve être « psychiatrisé » (pour plus de détails sur cet aspect spécifique, voir Cresswell [2009] ; Spandler [2006, p. 55-56]).

que les syndicats organisés autour de la défense de travailleur·euses et ouvrier·ères notamment (Crossley, 2006b ; Spandler, 2006).

On relèvera toutefois qu’au sein même du MPU, les patient-es n’adhèrent pas nécessairement à l’analyse politique proposée dans le « Manifeste du poisson » (Crossley, 2006b). Dans un article publié en 2008 dans le journal *The Guardian* (2008), Andrew Roberts, cofondateur du MPU, se souvient que parmi les trois patient-es du groupe à l’origine du MPU – constitué de six personnes – lui-même et sa compagne se sont surtout focalisé·es sur l’organisation concrète du collectif, sans participer au travail d’analyse politique, ni signer le « Manifeste du poisson ». Les autres (ex-)patient-es qui rejoindront ensuite le collectif seront également nombreux·euses à se distancier de cette analyse marxiste. Se remémorant les débuts du MPU, Andrew Roberts déclare :

« Certaines personnes ont pris le Manifeste du poisson et ont demandé si, pour adhérer au syndicat, elles devaient partager ses analyses. Nous leur avons dit non, que celles-ci n’étaient que l’opinion d’un petit groupe. Nous leur avons dit que le syndicat s’occupait de la dignité des malades mentaux, qu’il fallait pouvoir parler pour nous-mêmes et ne pas avoir à parler d’« eux », parce que, à l’époque, si vous faisiez partie d’un groupe et que le sujet des malades mentaux était abordé, tout le monde pensait que vous ne pouviez pas en être un – vous parliez d’“eux”, pas de “nous” » (Roberts, 2008, ma traduction).

Un événement est considéré par les membres du comité organisateur du MPU comme particulièrement emblématique de cette difficulté à laquelle les patient-es en santé mentale étaient alors confronté·es dans l’espace public : parvenir à prendre eux-mêmes ou elles-mêmes la parole pour s’exprimer en leur propre nom, non pas pour livrer un « témoignage » en tant que malade psychique, mais bien en tant que collectif de patient-es et d’anciens patient-es ayant des intérêts à faire valoir et à défendre (Crossley, 2006c, p. 134 ; Roberts, 2008).

Peu après avoir pris connaissance de l’annonce de la première réunion publique du MPU qui devait avoir lieu quelques jours plus tard, une chaîne de radio locale prit contact avec une travailleuse

sociale du MPU, afin qu'elle vienne en parler sur leurs ondes. Intéressés par l'idée de la création d'un syndicat de patient·es, les producteurs du programme radio souhaitaient interviewer un·e de leurs représentant·es, mais uniquement à la condition que cette personne soit l'un·e des professionnel·les impliqué·es. Le comité du MPU refusa. Après de longues négociations, les producteurs finirent par accepter d'interviewer un·e patient·e. Un seul des trois patient·es ayant été confronté·e à des problèmes de santé mentale et au système de soins psychiatriques se sentit prêt à accepter cette interview. La prise de parole publique, bien que revendiquée par les patient·es, représentait de toute évidence un véritable défi pour eux et elles. Celui qui accepta d'être interviewé se souvient de la principale question qui lui fut adressée au cours de cet entretien : comment des patient·es, autrement dit, des malades atteint·es dans leur santé mentale, allaient pouvoir former et participer activement à un syndicat défendant leurs droits et intérêts ? Si pour l'intervieweur, il était entendu qu'un collectif de défense des patient·es puisse se constituer, il en allait autrement quant à leur participation directe et à leur autoreprésentation dans l'espace public.

Les actions déployées par le MPU furent multiples allant de la diffusion d'informations auprès des patient·es sur les droits dont ils pouvaient jouir à l'époque, au développement d'alternatives de soins psychiatriques, tels que des drop-in ou des centres de vie (live-in centres), en passant par la dénonciation d'injustices et la revendication de nouveaux droits : pouvoir faire appel à un second avis médical, refuser un traitement ou garder ses habits lors d'une hospitalisation par exemple (Crossley, 2006c, p. 133). Le MPU, dans ses textes, et notamment dans le « Manifeste du poisson », insista pour que l'ensemble de ces actions restent sous le contrôle des patient·es (Crossley, 2006c, p. 133).

Au niveau organisationnel, seul·es les patient·es pouvaient bénéficier du statut de membre du syndicat et exercer un droit de vote. Les soutiens externes étaient considérés comme plus que bienvenus, mais ces personnes ne pouvaient prétendre qu'au statut de membre

associé sans qu'aucun droit de vote ne leur soit accordé. De même, les cotisations des membres étaient établies selon un système différencié : les ex-patient-es payant davantage que les patient-es et les membres associés cotisant davantage encore.

Revenons maintenant au projet associatif de l'Adupsy, tel que proposé par ses initiateur·trices lors de l'assemblée générale constitutive du 2 mars 1979, au cours de laquelle les termes d'« usagers de la psychiatrie », employés dans les textes soumis à discussion et délibérément choisis pour figurer dans le nom de l'association, ne manquent pas de faire débat.

Alors que dans ces textes l'emploi de cette notion renvoie essentiellement aux rapports, en particulier de domination, entre soigné·es et soignant·es à l'intérieur des divers dispositifs psychiatriques³⁷, des voix se font entendre pour interroger son sens et l'usage qui devrait en être fait au sein même de l'association et vis-à-vis de l'extérieur, lorsqu'il est question de se mobiliser au nom de l'Adupsy. Quels types de rapports peuvent alors entretenir celles et ceux qualifié·es d'« usagers de la psychiatrie » ou de « psychiatisés » avec les professionnel·les de la psychiatrie militant au sein et parfois au nom de l'association ? Autrement dit, comment se départir des rapports de domination qui caractérisent les rapports entre soignant·es et soigné·es dans les dispositifs psychiatriques et définir les notions de « psychiatisés » et « d'usagers » ? Comment s'émanciper du statut subalterne de patient·e et parvenir à s'engager de manière conjointe et (plus) égalitaire dans la représentation et la défense des « psychiatisés » ?

37 Dans les documents qu'ils et elles rédigent, les personnes à l'origine du projet de l'Adupsy définissent ainsi cette notion : « Par usagers de la psychiatrie (ou psychiatisés) nous entendons toutes les personnes qui sont en rapport avec des professionnels de la santé mentale, qu'ils soient psychiatres, psychologues, psychanalystes, infirmières, assistants sociaux ou autres travailleurs de la santé mentale. Ces rapports peuvent s'établir dans les institutions psychiatriques ou en pratique privée, volontairement ou sous la contrainte. Dans un sens plus large, nous entendons également toutes les personnes qui ont été confrontées à des travailleurs de la santé mentale et toutes celles qui se sentent menacées de l'être à brève échéance. » « Pour une association pour les droits des usagers de la psychiatrie », Genève, octobre 1978, p. 2 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S03).

Au cours de l'assemblée constitutive, Alain Urban, très actif dans l'élaboration du projet associatif, relève à cet égard le flou qui entoure cette notion d'« usager de la psychiatrie » et pointe le risque de figer dans un statut de subalterne, celles et ceux ayant fait l'expérience d'un assujettissement aux dispositifs psychiatriques. À ce titre, l'assimilation de cette notion à une forme organisationnelle de type syndicale lui semble être un écueil à éviter :

« La façon dont nous utilisons dans nos textes le terme “usagers de la psychiatrie” est vague et floue ; terme qui pourrait être interprété comme une catégorisation, comme la fameuse étiquette de “fou” que cherche tant à éliminer l'antipsychiatrie. Ce risque de confusion est particulièrement grand lorsque nous parlons dans notre texte du principe de la triple approche : il ne s'agit pas de créer une espèce de syndicat de psychiatrisés aidés par des psychiatres et des juristes, mais bien d'avoir une approche des problèmes posés par la psychiatrie aussi critique et efficace que possible. Le principe de la triple approche doit être conçu comme une synthèse qui permet une meilleure compréhension des problèmes. Nous ne voulons pas tomber dans le travers du syndicat de psychiatrisés où des revendications légitimes seraient faites au nom d'une profession extrêmement aliénante : la profession de fou³⁸. »

Face aux interpellations émanant de l'assemblée relevant qu'un « syndicat des psychiatrisés » présenterait pourtant certains avantages, le groupe à l'origine du projet associatif précise sa position :

« Le syndicat a un caractère potentiellement ségrégatif (au détriment du psychiatrisé). La triple approche, qui doit être conçue comme une communauté d'approches différentes, mais ayant un but commun, à savoir de défendre les droits des psychiatrisés, est bien là pour éviter cette ségrégation³⁹. »

C'est donc avec l'argument d'une alliance et agrégation de différentes perspectives, dirigées vers un objectif commun, que les personnes initiant le projet plaident pour un rejet de la forme syndicale

38 « Annexe I » au PV de l'assemblée générale constitutive de l'Adupsy, 2 mars 1979, p. 2 (Archives privées Bierens de Haan, classeur Adupsy 1978, onglet Adupsy/Histoire).

39 « Procès-verbal de l'assemblée générale constitutive de l'Adupsy », 2 mars 1979, p. 2 (Archives privées Bierens de Haan, classeur Adupsy 1978, onglet Adupsy/Histoire).

qui, à leurs yeux, fige les adhérant-es dans un statut de « psychiatrisé ». Ils et elles suggèrent néanmoins que le débat soit repris par la suite.

À la différence des militant-es du collectif anglais MPU évoqué plus haut, le groupe à l'origine de l'Adupsy choisit de n'effectuer aucune différenciation de statut parmi ses membres ; un seul et unique statut étant créé et automatiquement accordé à « toutes les personnes qui, souscrivant aux buts de l'association et à ses statuts, désireraient en devenir membre⁴⁰ ». Cette décision concrétise le fait que l'Adupsy est envisagée comme un lieu émancipatoire qui promet une redistribution dynamique des pouvoirs et des savoirs entre personnes usagères de la psychiatrie, professionnel·les de la santé, juristes, intellectuel·les ou autres alié·es. Dans ce cadre de pensée, le statut d'« usager de la psychiatrie » est considéré comme transitoire et fluide dans le sens où il peut concerner toute personne – et donc tout membre dans le cas de cette association – à un moment donné de sa vie comme il peut ne plus être déterminant.

3.5 Adopter une stratégie focalisée sur les droits des « usagers »

La forme organisationnelle n'est pas le seul élément suscitant des débats parmi les participant-es à l'assemblée générale constitutive. La définition des buts de l'association, leur étendue, ainsi que les pistes d'actions prioritaires à entreprendre font également l'objet de discussions.

Pour Alain Urban, le projet associatif tel que défini jusque-là présente le défaut majeur de ne pas proposer d'engagement politique clairement défini ni d'alternative à la psychiatrie. À partir d'une réflexion critique étroitement liée à celle consacrée à la notion d'« usager de la psychiatrique », il invite les futur-es membres de l'association à préciser l'ambition qu'ils et elles entendent poursuivre en affirmant vouloir « défendre les usagers de la psychiatrie ». Il est utile de s'arrêter sur

40 « Pour une association pour les droits des usagers de la psychiatrie », Genève, octobre 1978, p. 3 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S03).

cette réflexion pour saisir cette étape importante de la constitution de l'association, de la définition de ses objectifs et de leur traduction dans des pistes d'actions jugées prioritaires.

D'après Alain Urban, l'expression « défense des usagers de la psychiatrie » – employée dans les différents textes préparatoires et constitutifs de l'association – est équivoque : elle renvoie à deux conceptions distinctes, l'une restrictive, l'autre plus étendue, des droits individuels, seule la seconde méritant pourtant d'être défendue.

« Le fait de parler de Défense des Usagers de la psychiatrie contient l'ambiguïté suivante : on peut entendre cela dans le sens où à l'intérieur de la psychiatrie, le psychiatrisé devrait avoir au moins certains droits, soit dans le sens où les droits de l'homme doivent être respectés dans le cadre de la psychiatrie, comme face à toute autre forme de répression. À moins de s'en tenir strictement à la deuxième interprétation, le risque est grand de tomber dans une espèce de paternalisme qui est précisément une des caractéristiques de la psychiatrie institutionnelle⁴¹. »

Les propos d'Alain Urban suscitent une interrogation au sein de l'assemblée, invitant les autres membres du groupe préparatoire à clarifier les objectifs qu'ils entendent poursuivre : s'agit-il en définitive de « combattre [...] la répression psychiatrique » ou d'« améliorer [...] le sort des psychiatrisés⁴² ? » La réponse des membres du groupe préparatoire, consignée dans le procès-verbal de l'assemblée constitutive, esquisse alors un ordre de priorité parmi les objectifs et les démarches esquissées jusque-là : « Nous combattons la répression psychiatrique, mais nous pensons qu'il faut d'abord organiser la défense des psychiatrisés, puis faire le débat sur la psychiatrie⁴³. » La réponse apportée précise en outre qu'il est prévu d'intervenir sur les problèmes émanant des bases légales régissant l'internement – y compris sur les projets de révision de la loi cantonale sur le régime

41 « Annexe I » au PV de l'assemblée générale constitutive de l'Adupsy, 2 mars 1979, p. 1 (Archives privées Bierens de Haan, classeur Adupsy 1978, onglet Adupsy/Histoire).

42 « Procès-verbal de l'assemblée générale constitutive de l'Adupsy », 2 mars 1979, p. 2 (Archives privées Bierens de Haan, classeur Adupsy 1978, onglet Adupsy/Histoire).

43 *Ibid.*

des personnes atteintes d'affection mentale datant de 1936 –, mais que dans les faits, les membres de l'association vont être confrontés à « tous les problèmes que pose la psychiatrie, en particulier celui *du pouvoir médical*⁴⁴ » (je souligne).

Devant l'assemblée, Alain Urban déplore encore l'absence de projet de développement d'une psychiatrie alternative à Genève en critiquant le choix effectué jusque-là par le groupe préparatoire – dont il fait d'ailleurs partie – de ne pas se prononcer sur la « genèse » de la maladie mentale :

« [c]ar c'est seulement si nous disons ouvertement que nous pensons que les causes de la maladie mentale sont socio-économiques que nous pourrions favoriser le démarrage d'une psychiatrie alternative à Genève, alternative qui manque malheureusement à notre projet⁴⁵. »

3.6 Initier des activités et présenter publiquement l'Adupsy

Le comité élu lors de l'assemblée générale constitutive est composé de onze personnes, parmi lesquelles Barthold Bierens de Haan, Nils de Dardel, Rolf Himmelberger, Alain Riesen, Roger Schuler, June Howells Spalding et Alain Urban⁴⁶. Débutée avant même la constitution officielle de l'association, l'Adupsy propose des permanences, lieux d'écoute et de conseils juridique et psychosocial ouverts tant aux personnes directement concernées qu'à leurs proches, amis ou connaissances⁴⁷. La tenue des permanences implique en outre

44 *Ibid.*, p. 3.

45 « Annexe I » au PV de l'assemblée générale constitutive de l'Adupsy, 2 mars 1979, p. 2 (Archives privées Bierens de Haan, classeur Adupsy 1978, onglet Adupsy/Histoire).

46 « Adupsy, Association pour les droits des usagers de la psychiatrie, Rapport annuel 1979 », Genève, 5 janvier 1980 (archives privées Bierens de Haan, classeur Adupsy 1978, première partie sans onglet).

47 Selon les statistiques tenues par l'Adupsy, la part des demandes d'intervention émanant des personnes « directement concernées » est de deux tiers. À noter que la liste des personnes du « collectif des permanents » permet de constater que les personnes qui s'investissent de façon régulière dans cette activité sont pour la très grande majorité des femmes, un élément par ailleurs débattu à l'interne. Association pour les

un semble d'interventions allant au-delà des moments qui leur sont réservés : visites à l'hôpital psychiatrique, contacts à domicile, aide à la rédaction de lettres, proposition d'adresses de médecins, recherche d'alternative à l'isolement à la clinique de Bel-Air, prises de contact avec des centres d'hébergement de Suisse romande⁴⁸.

Le 5 mars 1979, soit deux jours après la tenue de son assemblée générale constitutive, l'Adupsy organise une conférence de presse pour se présenter auprès des médias et diffuser l'information relative à ses buts et ses activités⁴⁹. Des articles paraissent dans les principaux journaux locaux (*Journal de Genève*, *La Tribune de Lausanne*, *Le Courrier tribune de Genève*, *Tout va bien*).



Illustration 5. Autocollant de l'association.

Au cours de 1979, le comité se réunit au centre Liotard une fois par mois en moyenne et une fois par semaine en période de travail accru. Les réunions, ouvertes, sont suivies régulièrement par des membres de l'association et quelques fois par des personnes non membres. En décembre 1979, l'Adupsy comporte 131 membres.

droits des usagers de la psychiatrie (Adupsy), Genève, décembre 1980, bulletin n° 1, p. 9 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S03).

48 Association pour les droits des usagers de la psychiatrie (Adupsy), Genève, décembre 1980, bulletin n° 1, p. 9 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S03).

49 « Adupsy, Association pour les droits des usagers de la psychiatrie, Rapport annuel 1979 », Genève, 5 janvier 1980 (archives privées Bierens de Haan, classeur Adupsy 1978, première partie sans onglet).

Les membres de l'Adupsy sont très actifs durant cette année 1979. Les idées de constitution de commissions ou groupes thématiques de réflexion et d'actions sont nombreuses : création d'une commission « alternative », d'un groupe de réflexion critique centré sur la thématique des médicaments, d'une commission nommée « juridique » et d'un groupe « témoignage⁵⁰ ».

Arrêtons-nous un instant sur ce dernier groupe et les activités qui lui sont directement ou indirectement liées. Le groupe témoignage entend favoriser « un mouvement de parole » (Association pour les droits des usagers de la psychiatrie, 1981⁵¹) et l'élaboration de récits autobiographiques « qui restituent la souffrance et l'aliénation ». Il a pour but de fixer et répercuter des témoignages oraux et de soutenir par ce biais les actions juridiques et politiques menées par l'Adupsy. Au-delà de leur emploi dans ce type d'action, les membres de l'Adupsy considèrent les témoignages comme des sources privilégiées permettant « d'enrichir et de diversifier [leurs] connaissances et [leur] critique de la psychiatrie » (Association pour les droits des usagers de la psychiatrie, 1981).

L'Adupsy prévoit une démarche qui fixe les principes de la récolte et de la mobilisation de témoignages : un ou plusieurs entretiens devraient être enregistrés, puis retranscrits avant d'être discutés de manière « critique » avec le témoin et « corrigés ». Finalement, les contextes de son utilisation devraient être circonscrits et les limites de son emploi fixées. Lorsque des personnes membres de l'association envisagent des actions critiques, par exemple dans les médias, celles-ci sont tenues d'informer le ou les « témoins » des activités qu'elles entendent entreprendre. Ce moment doit être envisagé comme une « occasion de répreciser les termes du contrat, de discuter des modalités choisies pour présenter tout ou partie des

50 Association pour les droits des usagers de la psychiatrie (Adupsy), Genève, décembre 1980, bulletin n° 1 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S03).

51 Et aussi : Document « Groupe témoignage », in : Association pour les droits des usagers de la psychiatrie (Adupsy), Genève, décembre 1980, bulletin n° 1, p. 16-17 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S03).

témoignages utilisés⁵² ». La récolte de ces récits devrait servir les actions juridiques et politiques. Dans les faits, elle va déboucher sur la publication à compte d'auteur d'une brochure intitulée : *Récits, témoignages, révoltes, paroles* (Association pour les droits des usagers de la psychiatrie, 1981).

La production de témoignages mise en place par l'Adupsy montre que l'élaboration de récits d'expérience se situe au cœur même de l'action militante qu'elle envisage et qu'autour de la production de ces récits s'allient professionnel·les et personnes usagères. Elle montre que production de récits d'expérience et mobilisation ne sont pas à envisager de manière dissociée. Produire un récit en psychiatrie, pour les membres de l'association, c'est s'inscrire d'emblée dans un espace traversé par des critiques et conflictualités⁵³.

De son côté, Barthold Bierens de Haan entreprend une démarche quelque peu différente lorsqu'il propose un Dictionnaire critique de la psychiatrie (Bierens de Haan, 1979). Rédigé comme un « guide » pour le ou la patient·e qui n'aurait pu prévenir son internement, le livre est conçu comme un outil d'information en matière psychiatrique (vocabulaire diagnostique, traitements, etc.) et juridique (information relative aux mesures de curatelle ou d'internement, de recours, etc.). Il doit permettre à celui ou celle qui s'en sert d'être mieux à même de s'orienter et de se défendre dans cet univers.

Outre la brochure de récits éditée par l'Adupsy à compte d'auteur, d'autres membres de l'Adupsy ou d'autres personnes qui ont été hospitalisées à la clinique de Bel-Air dans les années 1970, sans toutefois avoir été à ma connaissance membres de l'Adupsy, publient en leur propre nom. Edmond Vuichet, Antoinette Ray, puis Martine Desmonts choisissent chacun·e de faire paraître, entre 1981 et 1982, un récit de leur propre vécu et expérience. Les titres

52 *Ibid.*, p. 16.

53 Françoise Tilkin (1990) dans son étude des récits de psychiatres, de patient·es, d'infirmier·ères et de proches publiés entre 1965 et 1986 montre qu'il est rare que des patient·es se prononcent sur cette « autre psychiatrie » que les défenseur·euses de l'antipsychiatrie et d'alternatives à la psychiatrie précisément défendent.

sont particulièrement évocateurs : *Que sont devenus mes amis ?* (Vuichet, 1981) ; *Résistances* (Ray, 1981) ; *Torture psychiatrique à Genève* (Desmonts, 1982). Tous sont publiés après le décès d'Alain Urban, avec le soutien et la collaboration de la maison d'édition vaudoise des Éditions d'en bas⁵⁴. Ils relèvent clairement d'une conception du témoignage comme une pratique politique (Cresswell, 2005).

Par ailleurs, relevons que les Éditions d'en bas sont une « aventure éditoriale » collective unique dans le paysage éditorial suisse romande, misant sur les livres comme précédant, accompagnant et gardant la mémoire des luttes sociales depuis la perspective de celles et ceux d'« en bas », le « peuple » ou « les marges » (Richard, 2006). Fondée en 1976 par Michel Glardon – sociologue ayant travaillé comme tuteur général du Canton de Vaud (1970-1973) et membre fondateur du Groupe action prison (GAP) –, cette maison d'édition publie plusieurs livres qui ont servi alors de « points de référence pour des personnes qui mettaient en cause la structure asilaire » (propos de Michel Glardon recueillis par Gagné, 2006, p. 22).

L'Adupsy, dès sa constitution en mars 1979, et tout au long de la suite de l'année, dirige toutefois l'essentiel de ses activités vers la révision de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales du 14 mars 1936⁵⁵. L'intention délibérée de l'Adupsy n'est effectivement pas de limiter son champ d'action à la lutte au cas par cas contre la violation des droits (par le biais de conseils juridiques ou de recours auprès du tribunal cantonal), mais bien de réformer la loi elle-même, en gardant pour point de mire la suppression des mesures et interventions coercitives, une véritable transformation de la psychiatrie institutionnelle et des pratiques psychiatriques ainsi que la promotion d'alternatives de soins à Genève. Pour l'Adupsy, la

54 Les ouvrages d'Edmond Vuichet et d'Antoinette Ray sont publiés dans la collection « La Parole au peuple » des Éditions d'en bas. Pour la mise en forme de son récit, Edmond Vuichet a pu compter sur le soutien, durant plusieurs mois, de son collègue et ami Alain Riesen. Entretien avec Roger Schuler le 3 octobre 2012, à Genève.

55 « Adupsy, Association pour les droits des usagers de la psychiatrie, Rapport annuel 1979 », Genève, 5 janvier 1980, p. 2 (archives privées Bierens de Haan, classeur Adupsy 1978, première partie sans onglet).

réforme de la législation cantonale constitue en ce sens une actualité et une opportunité. L'association parviendra-t-elle à mobiliser l'attention de l'opinion publique et à investir l'arène du pouvoir législatif de façon à influencer sur les débats et décisions prises au sujet de cette loi ? C'est ce que je me propose d'examiner dans le prochain chapitre, en suivant le processus législatif en cours et les actions menées par l'Adupsy à ce propos.

Chapitre 4

Engagement de l'Adupsy et réforme de la loi genevoise de 1936

Au printemps 1977, deux projets de loi – l'un libéral et l'autre socialiste – visant à modifier la loi du 14 mars 1936 sur le régime des personnes atteintes d'affection mentale sont soumis au Grand Conseil. Dans la foulée, le 25 mars, une commission parlementaire chargée de l'examen de ces deux projets de loi est constituée. Composée de quinze député·es, celle-ci représente de façon proportionnelle chacun des groupes parlementaires¹. Participent également aux séances de cette commission parlementaire, qui siégera à vingt-deux reprises jusqu'en septembre 1979, le chef du Département de la prévoyance sociale et de la santé publique (Willy Donzé), le secrétaire général de ce même département ainsi que son adjoint².

1 La commission est composée de : trois députés radicaux (Michel Menkès, Yves Odier, Ernest Röthlisberger) ; trois socialistes (Christian Grobet, Michel Jörimann, Henry Rosselet) ; trois députés du parti du Travail (Paul Hermann, Fernand Pahud, Jean-Pierre Rigotti) ; trois député·es démocrate-chrétiennes (Jacqueline Gillet, Jean-Philippe Maître, Gustave Toffel) ; deux députés libéraux (André Gautier, Dominique Micheli) ; et d'une députée du parti Vigilance (Anne-Marie Perret).

2 Il s'agit respectivement de Jacques Tagini, puis dès janvier 1978 de son successeur Louis Emmengger, et d'Albert Rodrik.

Pour ses travaux, la commission choisit dans un premier temps d'examiner les deux projets de loi qui lui ont été soumis en procédant par auditions. En mai 1977, elle entend le directeur des institutions psychiatriques genevoises, Gaston Garrone, et le directeur de la clinique de Bel-Air, René Tissot, trois représentants du CSP (les deux médecins Horneffer et Meyrat ainsi que le juge d'instruction, Dussaix), le président de la Chambre des tutelles, Raymond Hagger, quatre représentants de l'Association des médecins du canton de Genève (Mayer et Meisser, internistes, et Meyrat et Gfeller, psychiatres), le directeur de l'institut de médecine légale, Jacques Bernheim, et le procureur général, Raymond Foex.

En juin 1977, la commission valide la proposition faite par le conseiller d'État Willy Donzé, d'élaborer un contre-projet de loi, sur la base duquel elle poursuivra ses travaux. Puis, en septembre 1977, une autre commission – celle qui était chargée de répondre à la pétition de l'assemblée des étudiants déposée au printemps 1976 à la suite des deux tentatives d'internements (celle de la commerçante et l'internement de l'étudiant en droit) – transmet l'ensemble du dossier qu'elle a constitué à ce sujet (son propre rapport accompagné de la documentation transmise par les représentants des pétitionnaires) à la commission parlementaire (le contre-projet de loi que celle-ci élabore constituant en définitive la réponse aux pétitionnaires).

Après les élections cantonales de l'automne 1977, la composition de commission parlementaire est modifiée pour tenir compte des nouveaux rapports de forces partisans au sein du Grand Conseil. Lorsqu'elle reprend ses séances en janvier 1978, sur la base du contre-projet de loi proposé par le Département de la prévoyance sociale et de la santé publique, la commission est désormais composée de quatre députés socialistes (François Brutsch, juriste ; Christian Grobet, juriste et, pour rappel, avocat de la commerçante menacée d'expulsion de son local commercial et d'internement [Mme B.] ; Michel Jörimann, journaliste ; et Henry Rosselet^{*3}) ;

3 Les noms des député-es dont la profession n'est inconnue sont indiqués par un astérisque.

de trois radicaux (Michel Menkès, médecin, membre du conseil de l'Association des médecins du canton de Genève et du comité de la Société médicale de Genève ; Yves Odier, directeur d'une entreprise d'ambulances ; et Jean de Tolédo, pharmacien) ; de trois libéraux (Pierre Pellegrin, viticulteur ; Olivier Vodoz, juriste ; et Henri Vögeli, médecin) ; de deux député·es PDC (Jacqueline Gillet* et André Chamot*) ; de deux député·es du parti du Travail (Nicole Baunaz* et Paul Hermann*) et d'un député du parti Vigilance (Francis Falquet, maraîcher-agriculteur).

En mars 1979, alors que les personnes à l'origine du projet de l'Adupsy viennent tout juste de constituer officiellement leur association et que les travaux de la commission parlementaire sont déjà bien avancés, le député socialiste François Brutsch propose aux député·es commissionnaires de consulter les membres de l'association (dont il a appris l'existence par voie de presse). Malgré son insistance – « c'est la moindre des choses de consulter cette association pour un projet de cette importance⁴ » –, il se heurte aux refus catégoriques de plusieurs député·es commissionnaires : son collègue de parti, Christian Grobet, juriste tout comme lui, refuse de voir des travaux de commission « remis à des privés » ; de même, les deux député·es PDC membres de la commission (dont la présidente Jacqueline Gillet) n'envisagent pas de procéder à de nouvelles auditions à ce stade des travaux de la commission.

4.1 Diffuser une prise de position

Au cours de ses premiers mois d'existence en tant qu'association, l'Adupsy consacre l'essentiel de son travail à la révision de la loi de 1936, conformément à l'un des objectifs qu'elle s'est fixés lors de son assemblée constitutive de mars 1979⁵. Une sous-commission

4 PV du 16 mars 1979 de la commission parlementaire chargée d'examiner les projets de loi 4678/4696, p. 53 (AEG, 1988va007.1).

5 « Adupsy, Association pour les droits des usagers de la psychiatrie, Rapport annuel 1979 », Genève, 5 janvier 1980, p. 2 (archives privées Bierens de Haan, classeur Adupsy 1978, première partie sans onglet).

de l'association est rapidement constituée sur cette thématique, laquelle élabore une prise de position qu'elle rend publique à partir de septembre 1979⁶.

La prise de position de l'Adupsy est éditée sous la forme d'une brochure d'une quinzaine de pages, tirée à 5 200 exemplaires, dont 1 500 sont distribués ou vendus⁷. Ce texte est diffusé auprès de l'ensemble des député-es du parlement genevois, des psychiatres privés et des institutions psychiatriques cantonales. Le 15 novembre 1979, il est présenté à la presse locale, avec un bilan des activités de l'association et un témoignage d'un usager⁸. L'Adupsy annonce en outre la tenue d'un débat public « avec l'ambition d'être écoutée par les députés du Grand Conseil, afin qu'ils tiennent compte de nos propositions, et de celles du public ; plus particulièrement de celles des usagers de la psychiatrie⁹ ». Organisé le 23 novembre 1979, celui-ci rencontre « un large succès » d'après le comité¹⁰.

-
- 6 « L'Association pour les droits des usagers de la psychiatrie (Adupsy) face à la révision de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales du 14 mars 1936 », Genève, septembre 1979 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S04-SS1). Cette prise de position et sa diffusion sont décrites de façon très fidèle et synthétique par l'historien Ludovic Maugé (2019) dans l'ouvrage consacré aux logiques de légitimation et de délégitimation des lois d'internements administratifs aux XIX^e et XX^e siècles en Suisse (Gumy *et al.*, 2019).
- 7 « Adupsy. Association pour les droits des usagers de la psychiatrie. Avant-propos », Genève, Octobre 1979 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S04-SS1). « Adupsy, Association pour les droits des usagers de la psychiatrie, Rapport annuel 1979 », Genève, 5 janvier 1980, p. 4 (archives privées Bierens de Haan, classeur Adupsy 1978, première partie sans onglet).
- 8 Comité de l'Adupsy, lettre « Aux journalistes de Genève et environ », Genève, 9 novembre 1979 (archives privées Bierens de Haan, classeur Adupsy 1978, première partie sans onglet). Cette conférence de presse donne lieu à plusieurs articles dans la presse locale, notamment le *Journal de Genève*, *La Suisse* et la *Tribune de Genève*.
- 9 « Adupsy. Association pour les droits des usagers de la psychiatrie. Avant-propos », Genève, Octobre 1979 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S04-SS1).
- 10 « Adupsy, Association pour les droits des usagers de la psychiatrie, Rapport annuel 1979 », Genève, 5 janvier 1980, p. 2 (archives privées Bierens de Haan, classeur Adupsy 1978, première partie sans onglet).



Illustration 6. Affiche annonçant le débat public organisé par l'Adupsy le 23 novembre 1979 au sujet de la révision de la loi genevoise sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales du 14 mars 1936.

4.2 Vers un discours légaliste et des propositions pragmatiques

Le texte de la brochure de l'Adupsy est structuré en cinq parties : après un historique, puis une analyse critique de la situation actuelle régie par la loi de 1936, l'association expose une série d'objectifs et de principes à partir desquels elle évalue les projets de loi socialiste et libéral, pour avancer en définitive ses propres propositions.

Observons d'emblée un fait marquant : le discours des forces sociales, dans sa version marxiste, adopté auparavant par les militant-es, et en particulier par les pétitionnaires de l'assemblée des étudiants, est beaucoup moins présent dans les arguments justifiant les critiques, prises de position et revendications de l'Adupsy. Dans sa brochure, l'Adupsy cherche effectivement avant tout à placer le débat sur le plan des droits humains. Pour cela, elle mobilise pour son argumentaire des recommandations en matière de droits des malades mentaux édictées par l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe et par l'Organisation mondiale de la santé (OMS¹¹).

Prenant appui sur l'ouvrage du sociologue Robert Castel *L'Ordre psychiatrique*, l'association propose dans la première partie de sa brochure¹² une analyse, historiquement contextualisée, de la loi genevoise sur le placement et la surveillance des aliénés du 5 février 1838 – « une loi de protection [de la société] plutôt qu'une loi d'assistance et de traitement » – et de ses réformes, en 1895 d'abord, puis en 1936. Retraçant le développement de ce « système » juridique, l'association souligne la construction croissante au fil des réformes d'une rationalisation médicale à ce qu'elle qualifie de « répression du fou ». Expression de cette répression légalisée et médicalisée : l'institution en 1895 du Conseil de surveillance des aliénés, présenté comme « l'ancêtre du Conseil de surveillance psychiatrique actuel ». Sa tâche serait « d'exercer une surveillance sur tout ce qui concerne les aliénés et [de s'assurer] en particulier de la bonne administration de la loi et de son observation ». Autre innovation majeure de cette nouvelle loi : exiger, pour tout placement et sortie, un avis médical.

11 Il s'agit des deux documents suivants : la *Recommandation 818 (1977)* relative à la « situation des malades mentaux » publiée par l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe et la brochure des professeurs de droit William J. Curran et de médecine légale Timothy W. Harding publiée en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1978 : *Droit et santé mentale : vers une harmonisation des objectifs, aperçu de législation comparée accompagné de lignes directrices sur les moyens d'évaluer les dispositions existantes et sur diverses approches envisageables pour les améliorer*.

12 « L'Association pour les droits des usagers de la psychiatrie (Adupsy) face à la révision de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales du 14 mars 1936 », Genève, septembre 1979, p. 2-7 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S04-SS1).

Cette nécessité d'un certificat médical, écrit l'Adupsy, consolide la « médicalisation de la folie », de même que le transfert de la surveillance des malades du Département de justice et police au Département de l'hygiène, de l'assistance publique et des assurances sociales, autre nouveauté de cette loi.

Cette volonté, toujours plus forte, de donner un fondement médical à « la séquestration d'abord, [au] placement ensuite, [et] finalement [à] l'internement » est dénoncée par l'Adupsy. Cela n'a pas permis de changer le statut des personnes concernées, car le principe même de l'enfermement – quelle que soit la façon dont celui-ci est qualifié et régi – n'a jamais été remis en question. D'après l'association, « la loi a gardé son caractère d'enfermement » et l'État, malgré trois réformes entreprises en moins d'un siècle et demi, n'est jamais parvenu à modifier le caractère discriminatoire de la loi, et pas davantage à protéger les personnes soumises à celle-ci contre la limitation de leurs droits.

Portant un regard critique sur la situation actuelle, l'Adupsy rappelle, statistiques à l'appui, que la promesse faite un demi-siècle plus tôt par le Conseil d'État devant les députés du parlement genevois, d'inverser la proportion des internements et des soins « en cure libre » n'a pas été réalisée¹³. En 1975 comme en 1978, la part des internements reste majoritaire. La loi de 1936 a bien supprimé quelques mots infamants – « aliénés », « asile » et « internement » – mais les modifications qu'elle a engendrées demeurent en surface : « Dans le fond, l'hôpital psychiatrique reste sous la surveillance du procureur général et la déchéance asilaire (que voulait précisément combattre la loi de 1936) des malades internés, notamment des vieillards, est quotidienne¹⁴. » Le CSP, pourtant institué pour « protéger le malade contre les abus éventuels du pouvoir médical », protège en réalité la société au détriment de certaines personnes qui se voient stigmatisées. Et l'association de rappeler les deux « cas des dames B. et de l'étudiant en droit D. internés (ou en passe de l'être) »

¹³ *Ibid.*, p. 7-9.

¹⁴ *Ibid.*, p. 7.

par le CSP. Au lieu de contrôler la légalité des admissions et leur bien-fondé comme la loi l'y engage, le CSP « entérine quasi systématiquement les décisions des confrères médecins, sur la base d'un seul certificat médical ». Si la loi de 1936 prévoit pour le malade un droit de recours auprès du Tribunal cantonal administratif, le problème est qu'il n'en est pas informé. De plus, affirme l'Adupsy, l'institution hospitalière psychiatrique dispose des « moyens de "calmer" un individu qui aurait des velléités contestataires ». Entre autres exemples : enfermement, contacts impossibles avec l'extérieur, cure de sommeil, traitements de choc, etc. Autant d'entraves auxquelles le malade qui souhaiterait faire valoir ses droits se trouve confronté. La loi de 1936, conclut l'Adupsy, ne protège pas contre l'arbitraire, « si l'arbitraire est défini non pas comme une hospitalisation d'une personne qui n'est pas malade, mais comme une hospitalisation qui ne respecte ni les droits de la personne, ni la liberté individuelle¹⁵ ». Pour preuve, souligne encore l'association, cette loi n'a pas empêché « les abus retentissants » commis à Genève, condamnés depuis par le Tribunal administratif.

Dans le but d'énoncer une série d'objectifs et de principes à l'intention des législateur·rices genevois·es chargé·es de la révision de la loi cantonale, l'association réaffirme sa position : « L'Adupsy est contre toute forme de contrainte en psychiatrie. Par principe, elle est en faveur de la suppression complète des internements¹⁶ », ce qui, selon elle, devrait conduire à une transformation « radicale » des pratiques psychiatriques. Pointant les modifications en cours sur le plan fédéral du Code civil suisse en matière de privation de liberté aux fins d'assistance, l'association invite les législateurs cantonaux à s'y conformer. Souhaitant placer le débat au niveau des droits humains, elle enjoint ces derniers à s'inspirer des recommandations de l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe et de l'OMS, desquelles elle dégage une série d'objectifs et de principes pour les parlementaires.

¹⁵ *Ibid.*, p. 8-9.

¹⁶ *Ibid.*, p. 9.

Avant de terminer sa prise de position par la formulation d'un ensemble de propositions « volontairement restreintes » à l'intention des législateurs genevois, l'Adupsy expose sa position vis-à-vis des projets de loi des partis socialiste et libéral¹⁷.

Le projet de loi socialiste des députés Grobet et Jörimann, relève l'association, affiche pour ambition la surveillance exclusive des établissements psychiatriques et non plus des malades, une finalité qu'il ne permet toutefois pas d'atteindre car « pratiquement, les réserves qu'il apporte au système actuel n'entraîneraient pas de réduction des admissions non volontaires (internements) ». Bien qu'elle apprécie la proposition faite dans le projet socialiste de supprimer le procureur général du CSP, l'association souligne que celui-ci n'a été à l'origine que d'un nombre restreint d'internements. Elle regrette en revanche que le CSP, « responsable de quelques abus manifestes », soit maintenu. Selon l'association, le projet socialiste « institutionnalise » la procédure actuelle d'internement d'urgence. Le CSP, instance de contrôle, agit « en secret », sans audience publique, ce qui fait craindre qu'il ne soit en définitive « qu'une autorité enregistrant les décisions des médecins qui délivrent les certificats et de ceux de la clinique psychiatrique de Bel-Air ». Finalement, observe l'Adupsy, il est « abusif » de qualifier une admission ou hospitalisation de « volontaire », puisqu'un patient entré librement peut voir sa sortie lui être refusée « sur simple décision des médecins de l'établissement, ratifiée par l'instance de contrôle ».

Concernant le projet libéral du Dr Gautier, l'Adupsy souligne qu'il prévoit une curatelle systématique pour tous les internés. Pour l'association qui défend le principe selon lequel tout malade « doit conserver le libre choix de son mandataire pour assurer sa défense », la mise en place de cette mesure conduirait à mettre le droit de recours sous curatelle. Ne serait-ce que pour cette raison, le projet du parti libéral est « inacceptable ». De plus, en étendant les compétences du CSP et du procureur général, il élargit les cas

17 *Ibid.*, p. 11-12.

justifiant un internement au-delà des personnes présentant une maladie mentale ou des troubles mentaux caractérisés.

Réaffirmant avec force deux des principes essentiels qu'elle entend défendre – la réduction, si ce n'est la disparition, des internements et le droit de consentir ou refuser un traitement – l'Adupsy résume sa position vis-à-vis des deux projets de loi dans ses termes, s'adressant avant tout aux parlementaires :

« [...] nous constatons que ni le projet du parti socialiste, ni celui du parti libéral ne limitent le moins du monde les pouvoirs excessifs des psychiatres en matière d'internement forcé. Face au pouvoir de l'institution psychiatrique de contraindre les patients aux traitements les plus violents, contre leur volonté et celle de leurs proches, il y a une abdication quasi générale. Cette pratique est contraire aux principes généraux du droit qui établissent que toute atteinte à l'intégrité physique d'une personne n'est licite qu'avec son consentement ou son consentement présumé à travers l'avis de ses proches, si elle n'est pas en état de donner son avis¹⁸ ».

Toujours à l'attention des députés au Grand Conseil, et cette fois-ci dans une perspective avant tout pragmatique, l'Adupsy formule au terme de sa brochure une série de propositions « volontairement focalisées sur des objectifs restreints » auxquelles elle dit attacher une grande importance¹⁹. Ces propositions concernent l'admission en hôpital psychiatrique, le droit de recours et les droits en matière de traitement et de participation à la recherche clinique. Examinons ces propositions en détail afin de voir quelles sont celles qui étaient auparavant défendues par l'assemblée des étudiants et le comité contre la répression psychiatrique et qui sont désormais investies par l'Adupsy.

En matière d'admission, et tout d'abord d'admission volontaire, l'Adupsy reprend la revendication, adressée par l'assemblée des étudiants et ses collectifs alliés aux député-es de la commission des pétitions en février 1977, selon laquelle l'admission volontaire devrait être « libre et volontaire du début à la fin du séjour ». Cela implique

¹⁸ *Ibid.*, p. 12.

¹⁹ *Ibid.*, p. 13-14.

que l'information de la personne hospitalisée devrait inclure une information écrite sur ses droits en matière d'hospitalisation et de traitement, y compris son droit à quitter l'établissement. L'association souhaite ainsi s'assurer que les droits des patient-es soient inscrits dans la loi et qu'ils ou elles en soient effectivement informé-es.

S'agissant de l'admission non volontaire (internement), l'Adupsy propose de supprimer la distinction existant dans la loi de 1936 entre admission non volontaire « d'urgence » et admission non volontaire « demandée ». Devant les député-es commissionnaires, les pétitionnaires de l'assemblée des étudiants regrettaient que la procédure d'internement d'urgence soit privilégiée au détriment de celle « demandée²⁰ ». L'Adupsy focalise, quant à elle, son attention sur la procédure d'urgence, car ce serait celle qui limite le plus les droits des personnes internées. Elle demande qu'une décision d'internement requière non plus un seul, mais deux certificats médicaux, dont l'un émanerait d'un médecin choisi par la personne elle-même. Les deux certificats devraient obligatoirement être rédigés le même jour que l'examen psychiatrique du malade²¹. La décision et les motifs justifiant un éventuel internement seraient « communiqués par écrit au patient et à ses proches en même temps que son droit de recours contre cette mesure et ses droits en matière de traitement²² ». Tout comme la réduction des délais pour rédiger les certificats médicaux, la communication par écrit de ses droits au ou à la patient-e doit, dans la perspective des militant-es de l'Adupsy, permettre de limiter l'impact des « formes

20 En effet, selon la loi de 1936, la décision d'internement doit être notifiée avant exécution, ce qui – selon les pétitionnaires – offre des conditions plus favorables à un éventuel recours. Voir p. 125-126.

21 La revendication d'un raccourcissement du délai pour livrer le certificat médical est à mettre en relation avec la critique portée par les pétitionnaires et l'Adupsy selon laquelle « l'institution psychiatrique » possède et utilise « des moyens » – « enfermement, contacts impossibles avec l'extérieur, cure de sommeil, traitements de choc, etc. » – « de "calmer" un individu » qui aurait des « velléités contestataires » et souhaiterait faire valoir son droit de recours. « Loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (14 mars 1936). Critiques de son application médicales », p. 1 (AEG, 1988va007.2).

22 « L'Association pour les droits des usagers de la psychiatrie (Adupsy) face à la révision de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales du 14 mars 1936 », Genève, septembre 1979, p. 13 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S04-SS1).

de répression » exercées par « l'institution psychiatrique » et « le pouvoir médical » sur la personne hospitalisée qui aurait des « velléités contestataires ». Considérant qu'une mesure d'internement est « toujours provisoire », l'association revendique également que celle-ci soit « obligatoirement reconsidérée par l'autorité de surveillance, dans un délai de quinze jours, puis de trois mois en trois mois²³ ».

Pour ce qui est des autorités de recours et de surveillance, l'Adupsy appelle, tout comme les pétitionnaires en leur temps, à supprimer le CSP et à lui substituer une instance judiciaire – appelée « Chambre de révision psychiatrique » – constituée de trois membres : un-e magistrat-e, un-e psychiatre et un-e assistant-e social-e élu-es par le peuple²⁴. Reprenant là encore une proposition déjà formulée dans le cadre de la pétition de l'assemblée des étudiants, l'Adupsy requiert que cette instance, qui entendrait oralement le ou la patient-e, statue publiquement (excepté si le ou la patient-e le refuse). L'Association ne demande en revanche pas qu'un effet suspensif soit associé au recours, comme avait pu le faire l'assemblée des étudiants. Cette demande perd en effet sa raison d'être du moment où la distinction entre internement « demandé » et internement d'urgence – comme l'exige l'Adupsy – serait supprimée²⁵. L'Adupsy souhaite également améliorer les conditions-cadres du dépôt d'un recours, raison pour laquelle elle propose que celui-ci soit considéré comme « immédiatement recevable », c'est-à-dire qu'il puisse être déposé dès les motifs de la mesure d'internement communiqués par écrit au patient. Le délai de recours devrait être étendu (à trente jours selon l'association) ; il faudrait juger « recevable en tout temps » le recours d'une personne internée de longue date, et l'examiner sans délai.

23 À ce sujet, la loi de 1936 ne précise aucun délai.

24 « L'Association pour les droits des usagers de la psychiatrie (Adupsy) face à la révision de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales du 14 mars 1936 », Genève, septembre 1979, p. 13-14 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S04-SS1).

25 L'internement d'urgence – lequel, comme évoqué plus haut, serait déjà la modalité d'internement la plus couramment mobilisée selon les militant-es – a force exécutoire, d'où l'impossibilité dans ces situations jugées « urgentes » de déposer un recours avant la mise en œuvre de la mesure.

Finalement, l'Adupsy énonce une série de propositions concernant les droits des malades en matière de traitement et de participation à la recherche médicale²⁶. Comme évoqué plus haut, ces propositions sont nouvelles, au sens où elles n'ont pas été portées par l'assemblée des étudiants ; celle-ci s'était limitée avec ses alliés à dénoncer « le traitement psychiatrique forcé » comme étant « le corollaire » de l'internement psychiatrique et la « clé de voûte » de toute « l'activité psychiatrique répressive²⁷ ». Par ailleurs – et nous verrons que cela ne sera pas sans conséquence sur la législation finalement adoptée par le Parlement –, les deux projets de loi déposés au Grand Conseil ne prévoient pas de légiférer en la matière. L'Association considère pour sa part que « la nouvelle loi genevoise devrait inclure un article concernant ce problème ». Elle formule trois propositions. Premièrement, qu'aucun traitement ne puisse être « infligé » à un patient·e sans son consentement, ce dernier ne pouvant être obtenu qu'après avoir délivré une information « aussi large, claire et objective qu'il est possible sur les avantages, les désavantages et les alternatives du traitement prévu ». Le ou la patient·e devrait en outre avoir la possibilité de consulter un spécialiste de son choix pour s'informer. Deuxièmement, la participation du ou de la patient·e à la recherche médicale devrait relever du même consentement « après information complète ». Finalement, le ou la patient·e devrait disposer d'un accès, en tout temps, à « l'ensemble du dossier médical ».

4.3 Stratégies et défis parlementaires

Quelques jours seulement après que l'Adupsy ait terminé de rédiger sa brochure et avant même qu'elle ne l'ait présentée à la presse (le 15 novembre), la commission parlementaire chargée d'étudier les deux projets de loi se réunit une nouvelle fois. Nous sommes le 9 octobre 1979. La commission est à la veille de déposer son projet

26 « L'Association pour les droits des usagers de la psychiatrie (Adupsy) face à la révision de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales du 14 mars 1936 », Genève, septembre 1979, p. 14 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S04-SS1).

27 Argumentaire et revendications « Comité contre la répression psychiatrique », juillet 1976, p. 1 (AEG, 1988va007.2).

de loi et son rapport devant le Grand Conseil. Le député socialiste et juriste Brutsch, qui en mars déjà avait proposé à la commission d'entendre l'Adupsy, réitère sa demande : « La commission avait estimé que l'audition pourrait se faire au moment de la publication du projet de loi. Ne pourrait-on pas lui envoyer le rapport et le projet de loi²⁸ ? » Nouveau refus catégorique, cette fois de la part du député libéral Olivier Vodoz, lui aussi juriste et qui reprend l'argument déjà développé par Grobet lors de la séance de commission du 16 mars. Selon Vodoz, il y a lieu d'effectuer une distinction « entre les institutions dépendantes de l'État et les autres²⁹ ». En conséquence, la commission, qui aura en définitive siégé pour la dernière fois, décide d'envoyer son rapport ainsi que le projet de loi exclusivement aux « autorités officielles qui ont été consultées », parmi lesquelles la Chambre des tutelles, le procureur général et le CSP.

Confronté à la difficulté de se faire entendre par la commission parlementaire, le comité de l'Adupsy tente d'agir par voie de presse pour montrer sa détermination et interpeller l'ensemble des député-es du Grand Conseil. Dans un communiqué adressé aux journalistes, à la suite du débat organisé le 23 novembre 1979 à la Maison des jeunes, l'association fait part d'une résolution qu'elle vient d'adopter en assemblée et « qui demande expressément à l'ensemble des députés du Grand Conseil le renvoi en commission de la révision de la loi du 14 mars 1936, de telle manière à ce que celle-ci puisse faire l'objet d'un travail approfondi et afin que l'Adupsy et toute personne ou groupe puissent se faire entendre³⁰ ». Elle annonce qu'une pétition « demandant le renvoi en commission de la révision de la loi » a, en outre, été lancée. L'Adupsy envoie la résolution votée aux différents partis politiques représentés au Grand Conseil, au président du Grand Conseil ainsi qu'à la presse locale³¹.

28 PV du 9 octobre 1979 de la commission parlementaire chargée d'examiner les projets de loi 4678/4696, p. 71 (AEG, 1988va007.1).

29 *Ibid.*

30 Comité de l'Adupsy, « Communiqué de presse », Genève, 26 novembre 1979 (archives privées Bierens de Haan, classeur Adupsy 1978, première partie sans onglet).

31 *Ibid.*

Le 5 décembre 1979, deux jours avant que le projet de loi ne soit débattu par le Grand Conseil, l'Adupsy adresse une lettre au président de cette assemblée pour l'informer qu'elle a déposé en urgence une pétition à la Chancellerie d'État, comprenant 1 101 signatures et qui demande aux député·es le renvoi en commission du projet de la loi révisée du 14 mars 1936³². Les signataires de cette lettre – Alain Riesen, Roger Schuler et Alain Urban – expliquent que l'association est « consciente » de ne pas respecter « les délais usuels » prévus pour qu'une pétition puisse être traitée « dans les formes » par le parlement cantonal. Mais s'ils ont agi ainsi, c'est, précisent-ils, parce qu'ils ont été « fortuitement et tardivement » informés que la commission parlementaire avait terminé ses travaux « et qu'il n'était donc plus possible de se faire entendre par elle ». Or, estiment-ils, une telle révision de la loi de 1936 ne peut être réalisée sans qu'une part plus large de la population ne soit entendue :

- « – Nous pensons en effet qu'il n'est pas possible aujourd'hui de réaliser une telle révision de la loi de 1936 uniquement entre spécialistes (classe politique, corps médical et corps administratif).
- Cette loi concerne toute la population, et une plus large partie de celle-ci doit se faire entendre, personnes, groupes, associations, etc. Nous avons l'impression, au travers du projet proposé et des réactions suscitées, d'une connaissance partielle et quelquefois partielle de la réalité psychiatrique à Genève, loi-application et ses conséquences.
- Les problèmes soulevés par cette loi sont graves.
- Il importe d'effectuer un travail d'élaboration et de questionnement plus approfondis.
- Nous pensons, et ce n'est pas la classe politique, nous l'espérons, qui nous contredira, qu'une loi légiférant la privation de liberté et déterminant les soins en matière de santé mentale est trop importante pour n'être traitée que par des spécialistes³³. »

32 Lettre de l'Adupsy à Jean Revaclier, Président du Grand Conseil, Genève, 5 décembre 1979. Mémorial, 7 décembre 1979, p. 3874-3875.

33 *Ibid.* Le président du Grand Conseil, Revaclier, mentionne que la commission parlementaire chargée de présenter le nouveau texte de loi a en outre reçu deux autres lettres : l'une de l'Association suisse contre les abus de la psychiatrie à des fins politiques (du 19 novembre 1979), et l'autre de Barthold Bierens de Haan (du 6 décembre 1979). Il ne précise toutefois pas leur contenu et celles-ci ne font l'objet d'aucune discussion précise de la part des député·es. Mémorial, 7 décembre 1979, p. 3875.

La plupart des député-es commissionnaires se sentent directement et hautement attaqués par les propos tenus par l'Adupsy, et cela quelle que soit leur appartenance partisane. Ils et elles ne manquent pas de réagir avec force lors de la séance du Grand Conseil du 7 décembre 1979, consacrée au débat et au vote de ce projet de loi³⁴. Premier à protester, le député radical Yves Odier, rapporteur de la commission parlementaire devant le Grand Conseil – considérant par ailleurs les pétitionnaires de l'Adupsy comme étant « les continuateurs des auteurs de la première pétition³⁵ », celle de l'assemblée des étudiants –, rejette avec véhémence la critique d'une révision la loi menée exclusivement entre spécialistes. Après avoir souligné plusieurs points de convergence entre les propositions faites par l'Adupsy au terme de sa brochure et le nouveau projet de loi soumis au parlement, il ajoute :

« Pour terminer, je voudrais dire un mot des pseudo-spécialistes et d'une pseudo-classe politique. Députés de milice, gardant chacun leur profession, les quinze commissaires, s'ils ont entendu des psychiatres et des juristes, ne sont aucunement des spécialistes de la chose psychiatrique. Par ailleurs, ils sont conscients, comme leurs 85 autres collègues, de ne pas constituer une classe vocable, dont la signification sociologique semble échapper aux pétitionnaires. Nous sommes les représentants du peuple et, à ce titre, certainement issus de classes sociales diverses, mais en tout cas pas d'une classe politique au sens d'une caste séparée de nos mandants³⁶. »

Rappelant les constats tirés par son parti de l'analyse et de l'application de la loi de 1936 – en particulier en relation aux deux cas, ceux de Mme B. et de l'étudiant en droit, qui avaient « choqué l'opinion publique », le député socialiste Grobet soutient pour sa part que le projet de loi proposé par la commission répond à l'objectif fixé par son parti, d'améliorer le régime des personnes hospitalisées :

34 Mémorial, 7 décembre 1979, p. 3846-3905.

35 *Ibid.*, p. 3876.

36 *Ibid.*, p. 3877.

« Nous sommes heureux de constater que la très grande majorité, si ce n'est la totalité, des innovations que nous voulions apporter au régime des personnes hospitalisées dans un établissement psychiatrique ont finalement été retenues par la commission dans le cadre du projet qui vous est actuellement présenté. Comme cela a été relevé dans le rapport, les droits des malades ont été garantis, à notre avis, de façon sérieuse. Certains mêmes, parmi les personnes que nous avons auditionnées, estimaient que nous allions trop loin dans cette protection [...]. Donc nous avons trouvé, nous semble-t-il, un projet équilibré qui répond aux préoccupations apparues dans l'opinion publique³⁷. »

Tout en prenant ses distances vis-à-vis de l'Adupsy, dont il déclare pourtant connaître certains membres, Grobet déplore que l'association n'ait pas demandé elle-même à être entendue par la commission : « Si elle l'avait demandé, nous l'aurions entendue³⁸. » Cherchant ensuite à contrer – de façon plus virulente que son collègue commissionnaire Odier avant lui – le reproche formulé par l'Adupsy d'un débat mené « entre spécialistes », Grobet renverse la critique avant d'inviter l'ensemble des parlementaires à adopter le projet de loi proposé par la commission :

« Cette association se proclame être plus proche du peuple que nous, mais j'en doute sincèrement. Je pense tout de même que chacun d'entre nous, à travers nos partis respectifs, a un contact direct avec les citoyens. Je relève que l'Adupsy, dans sa conférence de presse, s'est proclamée comme comprenant notamment des spécialistes de la question. Finalement, je ne sais pas si ce sont les spécialistes ou les usagers qui parlent, mais peu importe. Je dis que nous, commissaires, nous étions non pas des spécialistes, mais simplement des députés qui ont été élus par le peuple et qui, précisément, ont dû faire face à un certain nombre de thèses qui ont été présentées devant nous. Ces thèses ont été les plus diverses, les plus extrêmes, devrais-je dire : tous les problèmes qui sont soulevés par cette

37 *Ibid.*, p. 3879.

38 Le député du parti du Travail Paul Hermann, également membre de la commission ayant travaillé à l'élaboration du projet de loi soumis devant le Grand Conseil, n'hésite pas lui non plus à abonder dans ce sens : « Avant de vous présenter ce projet, nous avons soumis nos cogitations aux utilisateurs de cette loi, c'est-à-dire au corps médical spécialisé. L'approbation a été générale. Les personnes ou associations directement concernées ont eu largement les possibilités d'intervenir notamment en demandant à être entendue en commission ». *Mémorial*, 7 décembre 1979, p. 3881.

pétition, nous les avons effectivement examinés en commission. Je crois que, véritablement, aujourd'hui, parce qu'il faut se placer dans le contexte de 1979, ce que nous proposons est ce qu'il y a de plus équilibré. C'est la raison pour laquelle, nous ne proposons pas d'amendements à ce projet de loi, vu le consensus qui s'est dégagé des travaux de la commission [...]. Voilà [...] je vous recommande l'approbation du projet de loi tel qu'il est issu de nos travaux³⁹. »

Au cours du débat parlementaire suscité par la lettre et la pétition de dernière minute de l'Adupsy, seul-es quatre autres député-es, également membres de la commission, prennent la parole : Paul Hermman (PT), François Brutsch (PS), Olivier Vodoz (PL) ainsi que la présidente de la commission Jacqueline Gillet (PDC⁴⁰). Chacun-e défend une même position : rejeter la requête de l'Adupsy et adopter dans la foulée le projet de loi proposé tel quel. Celui qui exprime l'opinion la plus tempérée est le socialiste Brutsch, lequel, rappelons-le, avait plaidé à deux reprises en faveur d'une audition de l'Adupsy. Si à ses yeux le projet de loi propose des innovations tout à fait louables, qui invitent d'ailleurs à l'adopter, il faudrait toutefois éviter de se méprendre sur les effets transformateurs que cette loi pourrait avoir en réalité, et reconnaître aussi ses limites. En particulier, elle ne prévoit pas de régulation des traitements psychiatriques :

« Notre fonction de législateur ne doit pas nous égarer : ce n'est pas une loi qui empêchera l'intolérance et la peur à l'égard de celui qui est différent, le réflexe normalisateur face à celui qui sort du rang et obéit à une autre logique. À Genève, le calvinisme n'est pas mort.

La loi dont nous discutons ne changera pas cet état d'esprit d'un coup. Néanmoins, elle institue des définitions plus précises, une procédure moins confuse, elle offre des garanties et tout cela n'est pas négligeable. Bien des abus couverts par la loi de 1936 ne seront plus possibles, et il y en a eu bien plus qu'on ne le dit [...].

La nouvelle loi doit permettre d'engager une dynamique du reflux de la psychiatrie comme moyen de contrôle social. J'espère qu'il faudra beaucoup

³⁹ *Ibid.*, p. 3880.

⁴⁰ Mémorial, 7 décembre 1979, p. 3881-3883.

moins de 43 ans pour que nous fassions encore de grands progrès dans le sens d'une société véritablement libérale à cet égard.

Une loi ne doit pas être un monument immuable, mais être adaptée aux conceptions nouvelles dès que possible. Il est un sujet à aborder sans retard désormais et qui n'avait pas vraiment sa place dans la loi dont nous discutons : le contrôle sur la doctrine et les moyens mêmes de la psychiatrie. Apprentissage de l'obéissance et de la répétition, ou respect de l'individu et de son initiative ? Les lobotomies et les autres électrochocs sont-ils admissibles ? Ce choix ne saurait appartenir aux seuls psychiatres ; il relève aussi des personnes concernées et de la société⁴¹. »

Avant de clore le débat et de passer au vote de la loi, le conseiller d'État Donzé prend la parole pour rappeler aux député·es que la loi proposée est appelée à devenir une loi cantonale d'application en matière de privation de liberté à des fins d'assistance pour des raisons de maladies mentales et qu'elle est en conformité avec la révision du Code civil suisse en cours aux Chambres fédérales⁴². Cela a été vérifié auprès de l'office fédéral de la justice, qui a jugé la loi « exemplaire » et estimé qu'elle « pourrait servir aux autres cantons ». Quelques instants plus tard, le projet de loi est accepté par le Grand Conseil. La nouvelle loi entre en vigueur le 1^{er} juillet 1980.

4.4 La loi de 1979 au regard des propositions militant·es

La loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques (K 1 25) présente une nature hybride (Guillod et Hänni, 2001, p. 7). Conservant la structure de la loi de 1936, elle comporte des innovations significatives, impulsées par les deux projets de loi, libéral et socialiste, et les débats qui s'en suivirent. Destinée, dès l'origine, à remplir la fonction de loi d'application de la réglementation fédérale concernant la privation de liberté à des fins d'assistance, plusieurs de ses dispositions s'y réfèrent implicitement ou explicitement⁴³.

41 *Ibid.*, p. 3881-3882.

42 Mémorial, 7 décembre 1979, p. 3883.

43 Pour plus de détails à ce sujet, voir (Guillod et Hänni, p. 8).

De l'avis des promoteur-rices de cette nouvelle base légale s'exprimant en décembre 1979, devant le parlement genevois, au sujet de « l'esprit » de cette loi, celle-ci est vouée à :

- « – protéger les droits de l'être humain ;
- lui assurer des voies de recours dans les plus brefs délais ;
- éviter que quiconque soit juge et partie ;
- éviter tout arbitraire médical ou administratif dans l'application quotidienne de cette loi à venir⁴⁴. »

Arrêtons-nous un instant sur la question de savoir de quelles manières cette nouvelle base légale répond ou non aux revendications juridiques portées par l'assemblée des étudiants puis par l'Adupsy, sachant que si la commission parlementaire n'a jamais entendu ni consulté cette dernière, elle entend néanmoins apporter, par le biais de cette loi, une réponse à la pétition de l'assemblée des étudiants. Dit autrement : quelles sont les innovations apportées par cette loi en matière d'autorité de surveillance et de recours, d'admission (y inclut en cas d'internement) et de droits relatifs au traitement et à la participation à la recherche clinique ?

Concernant tout d'abord l'autorité de recours et de surveillance, le CSP est maintenu dans la nouvelle loi, mais le législateur a revu ses attributions ainsi que sa composition⁴⁵.

Le CSP est désormais une instance indépendante de l'administration, qui est chargée d'exercer la surveillance générale des malades et des établissements psychiatriques mais qui n'est plus habilitée à prendre de décisions d'internement. La loi de 1936 attribuait au Conseil d'État et au procureur général l'exercice de la surveillance en question, par le biais de l'organe du CSP⁴⁶. Dans la nouvelle

44 Mémorial, 7 décembre 1979, p. 3852.

45 Dans 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, le CSP est régi par les articles 14 à 20.

46 L'article 2 de la loi de 1936 sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales stipule : « Les établissements destinés au traitement de ces malades [...] sont placés sous la surveillance du Conseil d'État et du procureur général » ; et l'article 14 précise :

loi, le Conseil d'État et le procureur général n'exercent plus cette surveillance, ce qui constitue une innovation majeure. En outre, bien que le CSP ne soit pas supprimé et remplacé par une instance de recours (comme proposé par l'assemblée des étudiants puis par l'Adupsy), il cesse néanmoins d'être un organe d'exécution puisqu'il ne peut plus ordonner d'admission. Il devient ainsi une instance de surveillance, d'inspection et de recours uniquement⁴⁷.

La composition du CSP, constitué de sept membres dans la loi de 1936⁴⁸, se trouve élargie et renforcée avec neuf membres : cinq médecins, dont quatre psychiatres ; deux magistrats ou anciens magistrats du pouvoir judiciaire ; un avocat ; « une personne spécialisée dans les questions sociales⁴⁹ ». La composition de l'autorité de recours judiciaire proposée par l'Adupsy (dite « Chambre de révision psychiatrique ») était de trois personnes : un magistrat ; un psychiatre ; un·e assistant·e social·e ayant notamment pour fonction d'élargir la perspective de cette instance sur les questions et problèmes sociaux auxquels les personnes atteintes de maladies mentales peuvent être confrontées. Une telle proposition visait

« Le Conseil d'État et le procureur général exercent la surveillance générale des personnes atteintes d'affections mentales par l'organe du conseil de surveillance psychiatrique, selon les attributions à lui conférées par la présente loi ».

47 Selon l'article 18 de la loi du 7 décembre 1979, le CSP a plus précisément pour tâches de vérifier la légalité et le bien-fondé des admissions dans les établissements psychiatriques, de surveiller et d'inspecter ces établissements et de signaler à l'autorité compétente les infractions qu'il constate. Remarquons toutefois aussi qu'il « peut faire examiner par un ou plusieurs psychiatres désignés hors de son sein, afin de poser un diagnostic, toute personne qui lui est signalée comme atteinte de troubles mentaux par sa famille, ses proches, un médecin, les autorités ou toute autre personne ; faire appel au besoin à des personnes qualifiées ou à la force publique pour faire procéder à l'examen prévu [...] ou pour faire hospitaliser un malade, conformément aux dispositions d'admission de la présente loi » (art. 18, lettres b et c ; aujourd'hui lettres c et d). Le CSP fonctionne en outre comme instance de recours contre les demandes d'admission non volontaires ou lors de refus de sortie par la direction de l'établissement (art. 18, lettre i).

48 L'article 15 de la loi de 1936 stipule que le CSP est composé de sept membres, dont deux magistrats ou anciens magistrats de l'ordre judiciaire, de trois médecins psychiatres et deux membres suppléants, dont un médecin et un magistrat.

49 Si la formule est vague, c'est bien celle qui est consacrée à l'article 15 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.

donc à la fois un élargissement des pouvoirs représentés et une forme d'équilibre entre eux. La composition du CSP a fait l'objet de vifs et longs débats au sein de la commission parlementaire, en particulier sur la question de l'équilibre des corps professionnels appelés à être représentés.

Le projet de loi déposé par le député libéral Gautier ne proposait aucune modification du CSP par rapport à l'ancienne loi, ni dans ses attributions, ni dans sa composition. En revanche, le projet de loi des députés socialistes Grobet et Jörimann proposait que ce Conseil soit constitué de deux personnes « spécialisées » ou « versées [...] dans les questions sociales » (et non d'une seule, comme dans la solution finalement adoptée en commission) ainsi que de quatre (et non pas cinq) médecins. La répartition des autres membres correspond par ailleurs à la solution adoptée en fin de compte par les député-es. Cette forme « d'équilibre des pouvoirs », principalement entre droit et médecine, fut toutefois remise en cause au cours des travaux de la commission par le conseiller d'État Willy Donzé. Celui-ci, affirmant s'appuyer sur « l'expérience et [...] l'opinion des directeurs de l'établissement » et relayer l'opinion « [d]es médecins du département », avait alors suggéré d'y inclure une majorité de médecins⁵⁰.

Lors des séances de la commission parlementaire, quatre députés de gauche se sont vivement opposés à cette proposition : François Brutsch (PS), juriste, Christian Grobet (PS), juriste également, Paul Hermann (PT), dont la profession m'est inconnue, et Michel Jörimann (PS), journaliste. Ces quatre députés ont cherché à faire valoir en séance de commission l'importance de « la fonction juridique » du Conseil, parallèlement à celle médicale, pour faire face au « problème » et à la « notion fondamentale [...] de la privation de liberté ». Ils se sont opposés à

50 Ceci, selon la formule finalement adoptée dans la nouvelle loi, soit cinq médecins, dont quatre psychiatres. PV de la commission parlementaire chargée de l'examen des projets de lois n° 4678 et 4696 (affections mentales), 21 février 1978 (AEG, 1988va007.1). Et article 15 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.

quatre commissionnaires de droite qui, quant à eux, soutenaient la proposition du conseiller d'État socialiste Donzé d'inclure une majorité de médecins au sein du CSP⁵¹.

En commission, afin de faire valoir leur position en faveur d'« un équilibre entre les médecins et les magistrats et ce troisième corps [professionnel] qui est introduit⁵² », Brutsch et Grobet ont convoqué le message du Conseil fédéral sur la modification du Code civil (CCS) et renvoyé leurs collègues député·es vers le projet de législation fédérale en cours d'élaboration. Lors de la séance de commission du 21 février 1978, Brutsch a défendu l'idée suivante :

« Ce conseil a une double fonction, médicale et juridique. Il est nécessaire d'avoir des spécialistes de chaque branche. La fonction juridique de ce conseil est importante puisqu'il s'agit de la privation de liberté à des fins d'assistance. À cet égard, le message du Conseil fédéral montre bien la complexité juridique de la question. Dans cet esprit, il [Brutsch] pense qu'il serait souhaitable qu'il n'y ait pas [une telle] majorité à l'intérieur du conseil⁵³. »

Pour Brutsch, il ne faut pas, selon ses propres termes, « juridiser » le CSP, mais il ne faut pas non plus « le médicaliser à l'excès ». Le projet fédéral « insiste sur la notion fondamentale de privation de liberté à des fins d'assistance. Ce projet vient pour rendre notre législation conforme à la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme⁵⁴ ». Partageant l'opinion de son collègue de parti et de profession, Grobet a également apporté la précision suivante :

« Cette question [de la composition et des compétences du CSP] traite de la privation de liberté à des fins d'assistance. C'est la modification du

51 Il s'agissait des quatre commissionnaires Yves Odier (PR), directeur d'une entreprise d'ambulances, Olivier Vodoz (PL), juriste, Henri Voegeli (PL), médecin, et Édouard Yersin (PR), agriculteur de profession.

52 PV de la commission parlementaire chargée de l'examen des projets de lois n^{os} 4678 et 4696 (affections mentales), 21 février 1978, p. 4 (AEG, 1988va007.1).

53 *Ibid.*, p. 2-3.

54 *Ibid.*, p. 5.

Code civil suisse. Dans cet état de choses, M. Grobet aurait tendance à dire que les magistrats de l'ordre judiciaire devraient être majoritaires. Les médecins les conseilleraient sur le plan scientifique. Il est prêt, néanmoins, à envisager une formule où les magistrats ne seraient pas majoritaires. Il faut trouver un équilibre entre les médecins et les magistrats et ce troisième corps [professionnel] qui est introduit⁵⁵. »

Au sein de la commission parlementaire, les députés socialistes Brutsch et Grobet n'ont pas obtenu le succès escompté. En effet, sous l'impulsion du conseiller d'État Donzé qui a valorisé les compétences médicales (compétences qui, selon lui, se situent au fondement même des jugements et décisions prises par le CSP dans le passé comme dans le futur⁵⁶), le débat entre les député-es a rapidement glissé vers la valeur accordée aux compétences respectives des médecins et des juristes pour effectuer les tâches nouvellement attribuées au CSP dans le projet de loi en cours d'élaboration. Passant en revue chacune de ces tâches, le député libéral et médecin Voegeli procéda à une évaluation des compétences spécifiques requises, valorisant celles médicales au détriment de celles juridiques, en affirmant tantôt que pour réaliser l'une de ces tâches « il faut être médecin », tantôt pour une autre que « l'avis d'un juriste n'est pas indispensable⁵⁷ ».

Face à lui, les députés opposés à une majorité de médecins au sein du Conseil n'ont fait que contre-argumenter sur l'importance de disposer de compétences spécifiquement juridiques pour réaliser les différentes tâches confiées à cet organisme. Grobet souleva encore le problème du conflit d'intérêts et de l'indépendance des corps professionnels représentés au sein de cette instance – non seulement de surveillance, mais aussi de recours – vis-à-vis des

55 *Ibid.*, p. 4.

56 Donzé : « Dans la pratique quotidienne, il faut juger sur la base de certificats qui sont adressés au conseil de surveillance psychiatrique. Il s'agit essentiellement de notions médicales. Dire que l'on ne veut que des médecins serait faux. Néanmoins, il faut des compétences médicales. Le projet de loi fédérale tourne autour du même problème. [Je me] réfère à la pratique et à ce que disent les personnes qui, jusqu'à présent, ont travaillé dans ce domaine ». PV de la commission parlementaire chargée de l'examen des projets de lois n^{os} 4678 et 4696 (affections mentales), 21 février 1978, p. 5 (AEG, 1988va007.1).

57 *Ibid.*, p. 5-6.

décisions médicales contre lesquelles un-e patient-e ou un membre de son entourage pourrait être appelé à recourir :

« Même si cet article 18 [définissant les attributions du CSP] n'avait que des compétences médicales, M. Grobet ne souhaite pas qu'il y ait une majorité de médecins. Il s'en explique : ce n'est pas de la méfiance. Des erreurs peuvent être commises. Il est toujours difficile à un médecin de désavouer ses collègues. Chez les avocats, c'est pareil. C'est pour cela qu'il ne souhaite pas une majorité de médecins⁵⁸. »

Au terme de ces débats sur la proportion des corps professionnels appelés à être représentés au sein du CSP, la décision d'inclure une majorité de médecins fut entérinée par un vote des député-es commissionnaires⁵⁹. On relève que la représentation du troisième corps professionnel au sein du Conseil – une « personne spécialisée dans les questions sociales » selon la formule utilisée dans la loi adoptée en décembre 1979⁶⁰ –, non directement représenté parmi les différentes professions exercées par les député-es commissionnaires, ne fit que très peu débat⁶¹.

58 *Ibid.*, p. 4.

59 La proposition issue du projet de loi Grobet-Jörimann d'y inclure une majorité de juristes est rejetée lors d'un premier vote des député-es de la commission par sept voix contre, six pour et une abstention. La proposition d'inclure une majorité de médecins (cinq médecins psychiatres, deux magistrats de l'ordre judiciaire, un avocat et « une personne versée dans les questions sociales ») est acceptée à l'unanimité des député-es lors du second vote. Celle-ci est ensuite légèrement modifiée lors d'un troisième vote ; la mention de « cinq médecins psychiatres » est remplacée par celle de « cinq médecins, dont quatre psychiatres », afin de laisser « la porte ouverte à une autre personne du corps médical », un neurologue ou un médecin de médecine générale, estimés « plus libres dans leurs jugements qu'un psychiatre centré sur les problèmes de sa spécialité ». PV de la commission parlementaire chargée de l'examen des projets de lois n^{os} 4678 et 4696 (affections mentales), 21 février 1978, p. 4 (AEG, 1988va007.1). Lors de l'une des dernières séances de la commission parlementaire, les médecins psychiatres du CSP, mettant en doute « la faculté du 5^e médecin non psychiatre » de siéger au sein du Conseil, demanderont par courrier aux député-es commissionnaires, en vain, de revenir sur leur dernière décision pour en restreindre l'accès aux seuls psychiatres. PV de la commission parlementaire chargée de l'examen des projets de lois n^{os} 4678 et 4696 (affections mentales), 29 juin 1978, p. 13 (AEG, 1988va007.1).

60 Article 15 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.

61 Seuls quelques brefs échanges eurent cours pour déterminer s'il y avait lieu de définir ou non plus précisément de quelle profession pouvait ou devait être issue la personne

La question du maintien de la présence du procureur général, à titre consultatif, au sein du CSP fit également l'objet de vifs et longs échanges au sein de la commission parlementaire, puis en séance du Grand Conseil lorsque le texte de la nouvelle loi fut présenté en vue de son adoption⁶². Les débats entre les député-es commissionnaires portèrent sur la conception du rôle et de la fonction exercés par le procureur général au sein du CSP : celui-ci avait-il et devait-il avoir pour fonction d'« assurer la sécurité juridique des patients internés⁶³ » ou, au contraire, celle de « surveiller » les personnes atteintes d'affections mentales, et, le cas échéant, de requérir leur internement ?

Partageant l'opinion défendue d'abord par l'assemblée des étudiants, puis par l'Adupsy, selon laquelle le procureur général avait exercé un rôle « répressif » dans les deux affaires d'internement dénoncées publiquement au printemps 1976 et considérant également qu'un trop grand pouvoir lui était accordé par la loi de 1936, les députés socialistes Grobet et Jörimann proposèrent, dans leur projet de loi, de l'exclure du CSP. Tout au long des séances de la commission parlementaire, ils continuèrent de défendre cette exigence, malgré les oppositions vives auxquelles ils furent confrontés.

appelée à occuper ce siège. Lors de ces échanges, le député libéral et avocat Olivier Vodoz plaida pour que ce siège soit réservé aux « travailleurs sociaux ». La commission décida toutefois, de façon collégiale, de ne pas suivre sa proposition. Aucun argument ne figure par ailleurs à ce sujet dans les PV de la commission. PV de la commission parlementaire chargée de l'examen des projets de lois n^{os} 4678 et 4696 (affections mentales), 29 juin 1978, p. 13 (AEG, 1988va007.1).

62 PV de la commission parlementaire chargée de l'examen des projets de lois n^{os} 4678 et 4696 (affections mentales), 25 avril 1977, p. 8 ; 9 mai 1977, p. 3, p. 10 ; 30 janvier 1978, p. 5-7, p. 9-10 ; 15 mars 1978, p. 4-5 ; 29 novembre 1978, p. 39 (AEG, 1988va007.1). Et Mémorial, 7 décembre 1979, p. 3858 et p. 3885.

63 Cette position a notamment été défendue en commission par le député libéral et médecin André Gautier, à l'origine du premier projet de loi déposé au Grand Conseil : « Dans le projet de MM. Grobet et Jörimann, il y a aussi l'idée d'éliminer le procureur général du conseil de surveillance psychiatrique. Les auteurs y voient quelque chose de répressif. Il ne faut pas le voir ainsi. Il est là pour assurer la sécurité juridique des patients internés. [...] La présence du haut magistrat de l'ordre judiciaire est là pour assurer que, sur le plan du droit, les choses se passent correctement. C'est le défenseur de la loi et c'est là une nuance ». PV de la commission parlementaire chargée de l'examen des projets de lois n^{os} 4678 et 4696 (affections mentales), 9 mai 1977, p. 3 (AEG, 1988va007.1).

Ce n'est que lorsque le texte de loi fut présenté devant les député-es du Grand Conseil, le 7 décembre 1979, et soumis au vote, que le groupe socialiste décida finalement de renoncer à cette exigence et de se rallier à la majorité⁶⁴. Ainsi, dans la nouvelle loi, la présence du procureur général au sein du CSP fut en fin de compte conservée, mais à titre consultatif uniquement :

« [...] la présence du procureur général est maintenue, après débats, car elle assure une liaison avec le pouvoir judiciaire. Ce choix, essentiellement pragmatique, tient compte du fait que dans le système constitutionnel genevois, le procureur général, par sa fonction, est souvent saisi de personnes atteintes de maladie mentale⁶⁵ ».

En matière d'admission volontaire, les pétitionnaires de l'assemblée des étudiants puis l'Adupsy revendiquaient qu'une personne hospitalisée volontairement puisse décider librement de sa sortie (sans que cette décision ne soit subordonnée à celle du médecin de l'établissement et puisse ainsi être transformée en internement). La commission parlementaire, persistant à penser qu'une telle sortie ne pouvait pas relever « exclusivement de la libre volonté de l'intéressé⁶⁶ », refusa d'instituer ce principe qui affirmait qu'une entrée libre devait nécessairement être associée à une sortie libre. Dans la loi de décembre 1979, la décision de sortie resta dès lors conditionnée à l'avis du médecin.

De manière plus générale, la nouvelle législation adoptée par le Grand Conseil prolonge et renforce le processus de « médicalisation de la folie » et l'institutionnalisation du « pouvoir médical », au détriment du « pouvoir administratif », décrié par l'Adupsy dans la partie historique de sa brochure⁶⁷. Affirmant le principe – nouveau – que « l'affection mentale est avant tout une maladie », elle

64 Mémorial, 7 décembre 1979, p. 3885.

65 *Ibid.*, p. 3858.

66 *Ibid.*, p. 3876.

67 « L'Association pour les droits des usagers de la psychiatrie (Adupsy) face à la révision de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales du 14 mars 1936 », Genève, septembre 1979, p. 2-6 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S04-SS1).

pose comme seule exigence pour toute admission, volontaire ou non, la rédaction d'un certificat médical, celui-ci constituant « la pierre angulaire » (Guillod et Hänni, 2001, p. 10) de l'ensemble du système. La revendication de l'Adupsy selon laquelle une décision d'internement – ou d'« admission non volontaire » selon le vocabulaire adopté dans la nouvelle loi – devait requérir deux certificats médicaux (dont l'un aurait émané d'un médecin choisi par la personne soumise à une telle mesure) semble avoir été tout bonnement ignorée par les parlementaires. Elle ne donna en effet lieu à aucune discussion, ni au sein de la commission parlementaire, ni lors des débats au Grand Conseil⁶⁸. Le régime de l'autorisation d'interner délivrée par le Conseil d'État – que ce soit préalablement à l'admission, comme dans la procédure non urgente, ou *a posteriori* –, inscrit dans la loi de 1936, est donc supprimé. La compétence d'ordonner une admission non volontaire relève désormais de la seule compétence du ou de la médecin qui rédige le certificat médical et adresse le ou la patient-e à un établissement psychiatrique, le ou la médecin de celui-ci pouvant décider d'accepter ou de refuser cette admission⁶⁹.

68 Les discussions au sein de la commission parlementaire autour du certificat médical se sont focalisées sur d'autres aspects, tels que la délimitation des médecins autorisé-es à prononcer une admission non volontaire, le contenu même du certificat médical et la question du délai dans lequel celui-ci doit impérativement être rendu après examen du ou de la patient-e. PV de la commission parlementaire chargée de l'examen des projets de lois n^{os} 4678 et 4696 (affections mentales), 20 mars 1978 ; 31 août 1978 et 13 septembre 1978 (AEG, 1988va007.1).

69 Lors de la séance de présentation du texte de la nouvelle loi au Grand Conseil, le rapporteur de la commission parlementaire, Yves Odier, souligne la valeur centrale accordée au certificat médical, ainsi que l'autonomie réservée au médecin d'un établissement psychiatrique : « Art. 21 et 22. Modification fondamentale : en réservant les dispositions particulières au cas des prévenus et détenus, toute entrée doit être fondée sur un certificat médical, sans aucune autre forme d'intervention. Cette admission peut revêtir 3 formes : volontaire, non volontaire, ainsi que celle que la loi appelle les "autres admissions" (voir art. 36 et 37). Elle doit être signalée dans les 24 heures au conseil [CSP] avec le certificat médical et, s'il y a lieu, la décision judiciaire relative. Enfin, le certificat médical, qui est la source, ne lie pas le médecin responsable lequel reste libre d'apprécier la nécessité de l'entrée, le cas des personnes faisant l'objet d'une décision judiciaire étant réservé. [...] La conception est ici nouvelle : plus aucune intervention du pouvoir exécutif ou de l'administration. » Mémorial, 7 décembre 1979, p. 3860.

Finalement, relevons simplement que si les deux projets de loi à l'origine de l'élaboration de la nouvelle loi ne proposaient pas de légiférer sur les droits des malades en matière de traitement et de recherche, il en va de même du texte voté le 7 décembre 1979, puisqu'aucune disposition en matière de consentement au traitement ou à la recherche, ou encore relative à l'accès du patient au dossier médical, n'y figure.

Face à l'adoption de la nouvelle loi par le parlement cantonal en décembre 1979, les militant-es de l'Adupsy et leurs alié-es sont déçu-es. Pour autant, ils et elles ne se montrent pas entièrement démuni-es. Aussi, les activistes entreprennent deux actions distinctes : l'une sur un plan légal, l'autre manifestation plus radicale.

Le 31 janvier 1980, un collectif féministe dérobe, avec la complicité d'employé-es de la clinique de Bel-Air, deux appareils à électrochocs conservés à l'intérieur des bâtiments. Détruits pour les rendre inutilisables, les restes des appareils sont déposés chez le président du CSP, le psychiatre Claude Horneffer.

Le collectif, dans le communiqué qu'il adresse à la presse signe son action du nom « Choc-Ovo ». Agrémentant chacune des lettres « o » d'une petite croix, le collectif entend faire part qu'il s'agit là d'une action féministe. « Impos[és] [...] aux internés, sans même les avertir », la pratique des électrochocs doit disparaître, dénonce le collectif⁷⁰.

De leur côté, Rolf Himmelberger, Nils de Dardel et Edmond Vuichet, tous trois membres actifs de l'Adupsy, déposent deux recours de droit public auprès du Tribunal fédéral à l'encontre de plusieurs articles de la nouvelle loi genevoise et de son règlement d'application. Déposés en mai 1980, les deux recours sont rejetés quelques mois plus tard, en janvier 1981. « La loi genevoise sur l'internement psychiatrique réussit son "examen de passage" au Tribunal fédéral », titre alors le journaliste de la *Tribune de Genève*

70 Communiqué (Archives privées Bierens de Haan, classeur Adupsy 1978, première partie sans onglet).

Jean-Noël Cuénod (1981). Cette nouvelle n'est pas vraiment une surprise pour les recourants. D'autant plus qu'elle intervient à un moment où ils sont eux-mêmes pris et engagés depuis plus de six mois déjà dans la tourmente de la crise générée par le décès de leur ami Alain Urban.

Chapitre 5

D'un décès à une crise de la psychiatrie institutionnelle

Admis à la clinique psychiatrique de Bel-Air le 14 juin 1980, Alain Urban y décède quinze jours plus tard, la nuit du 29 juin 1980. Le soir qui précède son hospitalisation, le jeune homme se rend chez son ami Daniel Lines, qu'il a connu lors de ses études au collège, dans un état psychique fortement perturbé, après avoir vécu un accident avec sa moto¹. Depuis quelques semaines déjà, Daniel Lines perçoit que l'humeur de son ami, avec lequel il entretient de longs échanges téléphoniques, est exaltée. Pour lui, le comportement et les réactions d'Alain Urban au cours de la nuit passée chez lui sont loin de le rassurer (voir encadré plus bas, *La dernière nuit en liberté*). Le lendemain matin, Alain Urban, âgé de 27 ans, est arrêté par les forces de police, à « la suite d'un comportement inadéquat sur la voie publique » (Steinauer, 1982, p. 16), puis hospitalisé d'urgence à l'hôpital psychiatrique, sur la base d'un certificat d'internement délivré par un médecin de garde du centre psychosocial (Steinauer, 1982, p. 16²). Alain Urban s'oppose vivement à son internement à

1 Entretien avec Daniel Lines le 8 janvier 2021.

2 *Ibid.*

la clinique de Bel-Air où il a été hospitalisé une première fois, sept ans auparavant³. Placé d'emblée en isolement, le jeune homme fait appel à son avocat, Nils de Dardel, pour contester, en vain, la décision d'internement, qui se trouve être confirmée par le CSP. Le 19 juin, Alain Urban est placé en cure de sommeil sur décision du directeur de l'hôpital, René Tissot. La cure dure une dizaine jours avant qu'Alain Urban ne décède.

Comment expliquer que l'événement de la mort de ce jeune homme lors de son hospitalisation ait engendré une telle *crise* institutionnelle, que celle-ci survive dans la tradition orale de l'institution psychiatrique genevoise, voire au-delà à l'échelle des actrices de la psychiatrie publique romande ? C'est à cette interrogation que tente de répondre le présent chapitre en retraçant le processus dynamique et ouvert d'émergence de cette crise, de son déploiement et de ses effets sur les plans médiatique, politique, administratif, psychiatrique et associatif.

Précisions encore avant de rendre compte de ce processus, que la « crise » de la psychiatrie institutionnelle à Genève retracée jusqu'ici – soit du milieu des années 1970, jusqu'à la fin de 1979 –, si « crise » il y a, en est une qui se manifeste essentiellement « à bas bruit » (Droux et Czaka, 2016). Les trois « affaires » portées en 1976 et en 1977 par les militant-es – celles de la jeune commerçante, de l'étudiant en droit et de la jeune militante antinucléaire (couplée à celle « des deux médecins »), qu'ils jugent dès lors être paradigmatiques de la violation des droits des « usagers » de la psychiatrie –, ainsi que leurs critiques et revendications débordent à plusieurs reprises l'espace des institutions psychiatriques pour investir celui de la presse et celui du parlement cantonal. Après quelques semaines, voire quelques mois, la crise induite tend à retomber et les effets engendrés par la médiatisation de « cas »

3 Jusqu'au 14 juin 1980, Alain Urban a vécu deux hospitalisations en clinique psychiatrique, dont l'une, la dernière, à la Clinique de Bel-Air. Miéville, Claude, Rapport d'expertise adressée au juge d'instruction, Corsier-sur-Vevey, 18 novembre 1987 (Archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

particuliers à s'estomper. Comme dans le contexte de la révision de la loi de 1936 sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales, les autorités politiques locales se refusent jusque-là à intervenir dans la régulation des pratiques thérapeutiques et de recherche, préservant d'autant l'autonomie revendiquée des psychiatres et médecins de la psychiatrie institutionnelle à Genève. La crise éclate publiquement et ne se déploie sur la durée qu'à partir de l'été 1980, à la suite du décès d'Alain Urban. Car c'est effectivement à partir de cet événement qu'une crise profonde et inédite éclate, mettant en mouvement une véritable « économie morale » (Fassin, 2009), lors de laquelle des sentiments moraux sont produits et mis en circulation, qui mettent en question les valeurs morales de justice, de liberté et de responsabilité. La crise, je l'ai dit en introduction, s'étend sur plusieurs années, engendrant une enquête administrative, une réforme du dispositif psychiatrique genevois, incluant la révocation du directeur de la clinique de Bel-Air, et une enquête pénale.

Le but de ce chapitre est de retracer le processus dynamique et ouvert de cette crise – jusque-là latente et « (re)dynamisée » par les mobilisations autour de cet événement – et d'observer, à partir et au cours de celle-ci, le fonctionnement des institutions politiques, psychiatriques et juridiques et le jeu des actrices impliquées.

Les analyses déployées dans ce chapitre sont librement inspirées des travaux historiques présentés dans l'ouvrage *Scandale et Histoire* publié par Malik Mazbouri et François Valloton (2016). Les notions d'affaire et de scandale possèdent une dimension heuristique (Chauveau, 2016) tout à fait utile et pertinente pour étudier le processus de cette crise institutionnelle. Je préfère toutefois renoncer à l'usage de la notion de scandale et à m'en tenir à celle de crise pour deux raisons. D'une part, pour rester au plus près du lexique employé par les actrices impliquées (dans la presse et dans les sources d'archives à disposition, le terme de scandale n'est jamais utilisé contrairement à ceux d'« affaires » ou de « crise »).

La dernière nuit en liberté

Daniel Lines

Plus de quarante années se sont écoulées depuis cette dernière nuit du 13 au 14 juin 1980 pendant laquelle Alain Urban m'a accordé le triste privilège de passer chez moi [...]. Le regain d'intérêt récent pour les événements qui ont conduit à sa mort et plus généralement pour la crise de la psychiatrie genevoise de cette époque [1,2] m'a poussé à relater, au plus près de ma mémoire, ce qui est advenu cette nuit-là.

J'étais seul dans mon appartement et m'étais couché assez tôt car je devais faire passer des examens oraux de maturité le lendemain au Collège Calvin. Vers les onze heures du soir, ma sonnette retentit et de violents coups furent frappés sur ma porte. Je me levai et vis Alain, le pantalon déchiré et maculé de sang ; je le fis entrer et constatai qu'il était dans un état de surexcitation extrême. Il me dit qu'il avait eu un accident et que sa moto était démolie. Je compris qu'il était dans une situation de grave désordre mental, tentai de le rassurer et lui indiquai qu'il pouvait bien sûr passer la nuit chez moi mais que je devais me rendre au Collège Calvin assez tôt le matin. Il me fit part de la forte tension qu'il éprouvait sur le plan amoureux, partagé qu'il était entre deux femmes, et qu'il avait cessé de prendre les médicaments qui l'avaient aidé à stabiliser ses états psychiques. J'essayai au mieux de le calmer mais il devint de plus en plus nerveux. À un moment, il se saisit d'un couteau placé sur ma table de cuisine, le porta en arrière et, malgré ses efforts de volonté pour résister, finit par me le lancer par-dessus la table, m'atteignant à la poitrine. Heureusement, mes couteaux n'ont jamais été bien aiguisés et j'eus plus de peur que de mal.

Comprenant que je ne pouvais faire face seul à cette situation, je proposai à Alain de téléphoner à quelqu'un qui serait plus à même de l'aider. Il refusa et je reportai au lendemain une nouvelle tentative.

Vers les deux heures du matin, Alain était relativement calme et se coucha dans la chambre d'ami. Une heure plus tard, environ, il se réveilla et commença à chanter à tue-tête des chansons de Richie Havens et à faire du tapage dans la chambre. Mes rapports avec les voisins du dessous n'étant pas des plus amicaux, je le priai de faire moins de bruit et il devint agressif et menaça de jeter mon magnétophone – un engin de plusieurs kilos – par la fenêtre.

Il m'exprima le désir de partir et je lui dis que s'il partait dans cet état, il risquerait de se faire arrêter par les flics et d'être conduit à la clinique psychiatrique de Bel-Air. Par précaution, je fermai la porte de l'appartement à clé afin de l'empêcher de sortir, ce qui induisit un surcroît de fureur de sa part et il se rua sur moi. Nous nous battîmes dans l'étroit couloir de l'appartement et ma tête cogna contre le poêle à bois. Étrangement, cette étreinte physique entre nous deux lui fit du bien et je lui expliquai que mon intention n'était pas de l'enfermer mais de le protéger. Nous conclûmes l'accord suivant : il acceptait de passer le reste de la nuit chez moi mais serait libre de partir le matin arrivé. Je lui réitérai la proposition de contacter alors le Centre Liotard.

Il se réveilla à l'aube, calmé, et me dit : « Daniel, maintenant il faut que je parte. » J'essayai de le persuader d'attendre encore mais j'ai voulu – est-ce une erreur ? – être fidèle à ma parole. Je lui donnai un pantalon de rechange, déverrouillai la porte et le laissai partir. Je n'ai plus jamais revu Alain.

La suite directe était hélas prévisible. Il se fit cueillir par la police et interner à Bel-Air. Quant à moi, j'essayai, complètement épuisé par cette nuit, de récupérer quelques heures de sommeil de plus et assistai dans un état second aux examens oraux au Collège Calvin.

J'appris qu'Alain avait été interné à Bel-Air et pensai qu'il était du moins arrivé au point le plus bas de sa trajectoire et qu'il pourrait reprendre le cours de sa vie une fois la crise passée. Je compris combien je m'étais trompé lorsque j'appris par téléphone la nouvelle de sa mort, à la clinique Bel-Air, le 29 juin.

[1] Ferrero, F. (2018), « Inquiry of the Geneva 1980s' Psychiatry Crisis: Forced Hospitalization, ECT and Sleep Therapy ». International Network for the History of Neuropsychopharmacology. <https://inhn.org/inhn-projects/controversies/francois-ferrero-inquiry-of-the-geneva-1980s-psychiatry-crisis>

[2] Stucki, V. (2021). Mort d'un patient et militant à la clinique Bel-Air : une enquête sur la crise de la psychiatrie institutionnelle à Genève (1972-1989) [Thèse de doctorat]. Université de Lausanne.

Encadré 1 : Lines, Daniel, *La dernière nuit en liberté*, Glasgow (Écosse), 1^{er} février 2021.

D'autre part, parce qu'il est loin d'être évident que la crise étudiée ici ait atteint le degré de condamnation et la forme qui caractérise le scandale, du moins au sens où les historiennes Joëlle Droux et Véronique Czaka – qui prennent elles-mêmes appui sur les termes employés par le sociologue et historien Laurent Muchielli (2005, p. 7) – suggèrent de l'entendre : « un signe d'une "condamnation *forte et unanime*" qu'une société exprime face à un événement (ou une série d'événements) publiquement révélé, rentrant *en contradiction radicale avec les valeurs partagées par elle* » (2016, p. 118) (je souligne). La notion de crise, préférée ici, est néanmoins utilisée ici dans un sens heuristique.

La gravité du fait social, le décès d'Alain Urban lors son hospitalisation à la clinique de Bel-Air, au cœur même de l'événement étudié dans cette enquête, ne suffit pas à expliquer à lui seul l'émergence et l'ampleur de la crise engendrée et de ses effets. Pour cela, il convient de nous tourner vers l'analyse et la description minutieuse des discours et des actions entreprises par les actrices impliquées. Commençons, avant de décrire leurs actions, par annoncer qui sont ces actrices et groupes principaux.

En premier lieu, nous trouvons *les militant-es et leurs alliées* : des activistes de l'Adupsy et un groupe informel, autodésigné comme « les amis d'Alain », soutenus par une série d'autres alliées, dont en particulier l'AMP. Parmi les « amis d'Alain », nous retrouvons des militant-es aguerries et fortement engagées dans l'Adupsy (Barthold Bierens de Haan, Nils de Dardel, Rolf Himmelberger, Alain Riesen, Roger Schuler, June Spalding, Edmond Vuichet, etc.), mais également la compagne d'Alain Urban, Sylvie Haller, laquelle participe ponctuellement, « par solidarité », aux activités de l'association⁴, ainsi que Daniel Lines qui n'a jamais pris part au projet ou aux activités de l'Adupsy⁵. D'autres collègues du Centre Liotard ou du Groupe action

4 Association pour les droits des usagers de la psychiatrie (Adupsy), Genève, décembre 1980, bulletin n° 1, p. 11 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S03). Entretien avec Sylvie Haller du 5 janvier 2021.

5 Entretien avec Daniel Lines le 11 janvier 2021.

prison, et d'autres personnes encore qui, sans avoir nécessairement connu étroitement Alain Urban, rejoindront, parfois ponctuellement, parfois sur une plus longue durée, ce groupe informel à géométrie variable (selon les contextes et situations). Ces actrices diffusent des informations auprès des médias, de la population et des pouvoirs politiques (du Conseil d'État et du parlement genevois).

Les journalistes médiatisent cet événement, tout d'abord sous la forme d'une nouvelle *affaire* jusqu'à ce que soit reconnue, à la fin de l'été 1980, l'existence d'une véritable *crise* institutionnelle, non seulement par les journalistes, mais aussi par le Conseil d'État. Le monde des médias n'est toutefois pas homogène et les lignes de fractures se dessinent au-delà des positionnements politiques des différents journaux locaux (et romands) pour traverser une partie des rédactions. Le journaliste à la *Tribune de Genève* Jean-Noël Cuénod se souvient par exemple que la rédaction du journal était très partagée lors de cette crise « entre [les] pro et anti-Tissot, entre les pro et anti-Adupsy » (Cuénod, 2003, p. 150). Certain·es parmi ces journalistes, à l'image de Jean Steinauer, rédacteur à l'hebdomadaire *Tout va bien*, et dont j'ai déjà évoqué le nom en introduction, jouent par ailleurs un rôle important lors de moments spécifiques de cette crise.

Au cours de cette période (1980-1982), *le monde des soignant·es* (*psychiatres et autres corps professionnels*) lui aussi se fracture. Dès la seconde moitié de l'été 1980, une partie du corps médical rejoint le mouvement de contestation, comme je m'attacherai à le montrer, et contribue à alimenter et faire reconnaître publiquement cette crise.

Du côté des *pouvoirs politiques*, et plus précisément du conseiller d'État chargé du département de la prévoyance sociale et de la santé publique, contentons-nous pour l'instant de préciser que trois personnalités, aux appartenances politiques distinctes se succèdent entre juin 1980 et la mise en œuvre de la réforme des institutions universitaires psychiatriques à Genève (IUPG) en 1982. Willy Donzé, issu des rangs socialistes, quitte ses fonctions à l'automne 1980,

quelques semaines seulement après l'émergence de cette crise⁶. Il est remplacé par Aloys Werner (1916-2008), un neurochirurgien, membre fondateur de la Société suisse de neurochirurgie et ancien directeur de l'hôpital cantonal (Roth, 2013). Candidat indépendant lors de l'élection complémentaire de l'automne 1980, il n'est un an plus tard pas réélu. En janvier 1982, il est remplacé par le candidat libéral sortant Jacques Vernet (1926-2019) qui quitte le département des travaux publics pour reprendre celui de la santé⁷.

5.1 Une affaire portée par l'Adupsy et ses alliés

Dès le lendemain du décès de leur collègue et ami, les représentant-es de l'Adupsy s'engagent dans une série d'actions afin de dénoncer les causes et circonstances du décès, de formuler publiquement une série de problèmes dont ce décès est à la fois emblématique et révélateur selon eux et de présenter leurs revendications. L'avocat du défunt et membre de l'Adupsy, Nils de Dardel, alerte le substitut du procureur général, celui-ci mandatant un juge d'instruction qui ouvre immédiatement une enquête pénale et ordonne une autopsie (Steinauer, 1982, p. 18⁸). Dans le même temps, le comité de l'Adupsy annonce à ses membres vouloir se constituer partie civile⁹. Des membres du comité contactent rapidement plusieurs médecins-psychiatres, internistes et pharmacologues, dans le but de bénéficier de leurs expertises respectives sur les traitements administrés et les conditions dans lesquelles ceux-ci ont été pratiqués et gérés. Ils sont alors habités par l'espoir de voir le juge chargé de l'instruction pénale suivre leur

6 Officiellement, pour des raisons de santé. Pour une notice biographique de Willy Donzé, voir la page 113, note 36.

7 Jacques Vernet (1926-2019), avocat, comme son père, débute sa carrière politique comme conseiller municipal de la ville de Genève (1955-1962), puis siège comme député libéral au Grand Conseil genevois (1961-1973). Élu conseiller d'État en 1973, il dirige le département des travaux publics jusqu'en 1981, puis celui de la prévoyance sociale et de la santé publique de 1981 à 1989 (Barrelet, 2020).

8 Entretiens avec Nils de Dardel le 24 avril 2020 et avec Rolf Himmelberger du 23 janvier 2013.

9 Circulaire « À tous les membres de l'Adupsy », Genève, 1^{er} juillet 1980 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS2).

proposition et confier un mandat d'expertise à ces mêmes spécialistes. Parmi les médecins sollicités, deux acceptent rapidement de s'engager à leur côté et continueront d'occuper une place importante tout au long de l'enquête pénale qui se prolongera jusqu'en janvier 1989. Ce sont Claude Miéville, directeur médical de l'hôpital psychiatrique de Nant dans l'est du canton de Vaud, et Jacques Diézi, professeur de pharmacologie et de toxicologie à l'université de Lausanne (Unil).

Parallèlement à ces premières démarches, l'Adupsy adresse une pétition au Grand Conseil demandant la mise en place de mesures urgentes¹⁰, organise un rassemblement sur le site de la clinique de Bel-Air avec le soutien notamment de la Ligue suisse des droits de l'homme, et interpelle la presse afin d'inviter les journalistes à mener leur propre enquête, à mobiliser l'opinion publique et à débattre des problèmes identifiés par les représentant-es de l'Adupsy.

Interpeller le parlement

Dans le texte de sa pétition, le comité de l'Adupsy revient sur les engagements poursuivis par Alain Urban et livre un récit de son hospitalisation et des circonstances de sa mort. Pour ses auteures, il est évident que leur compagnon de lutte est décédé d'un traitement à la fois « violent », non consenti, « inapproprié » et « mal contrôlé » :

- « – Notre ami Alain est mort, à la clinique de Bel-Air, le dimanche 29 juin 1980.
- Il était membre du comité de l'Adupsy et luttait avec nous pour la protection des droits des patients psychiatriques et pour l'instauration de soins psychiatriques humains, volontaires et consentis par le patient, par opposition aux internements forcés, aux traitements de choc et à l'isolement des patients.
- Alain est mort des suites des traitements violents qu'il dénonçait avec nous.
- Interné à la clinique de Bel-Air, le samedi 14 juin, il fut d'emblée placé en cellule d'isolement, c'est-à-dire dans une cellule fermée, pourvue d'un matelas pour tout mobilier. Il demanda avec insistance à sortir de

10 Pétition au Grand Conseil de l'Adupsy (P 441), juillet 1980. Annexe I au « Rapport de la commission des pétitions sur la pétition de l'Adupsy concernant la clinique psychiatrique de Bel-Air à l'occasion d'événements survenus en juin 1980. (P 441) », 25 mars 1981. www.rolfhimmelberger.ch/?page_id=384.

la cellule d'isolement et à être placé en chambre normale, si possible en pavillon ouvert. Face au refus des médecins responsables, il multiplia les actes de protestations et fit intervenir notre avocat auprès de la direction de la clinique et du conseil de surveillance psychiatrique.

- Rien n'y fit. Au contraire, la clinique, avec la bénédiction ultérieure du conseil de surveillance psychiatrique, décida de mettre cet « agité » sous cure de sommeil, contre son gré.
- Pour les psychiatres, il fallait introduire une « coupure » (accentuée par la suppression de la visite des amis) et pousser Alain vers une « régression » de sa personnalité. Cette prétendue mesure thérapeutique ignorait délibérément la soif de communication d'Alain et sa volonté farouche de défendre sa dignité d'homme.
- Les médicaments (somnifères combinés aux neuroleptiques) l'ont tué au 10^e jour d'une cure de sommeil inappropriée et mal contrôlée.
- Selon les renseignements que nous avons obtenus, deux autres personnes seraient déjà mortes, à la clinique de Bel-Air, il y a quelques mois, à la suite de traitements inadéquats¹¹. »

Les membres du comité de l'Adupsy expriment également leur indignation face au refus des député·es, quelques mois plus tôt, d'inscrire dans la nouvelle loi un article obligeant le médecin en charge du traitement à obtenir le consentement du ou de la patient·e à son traitement après lui avoir donné une information sur celui-ci et ses alternatives : « À quoi sert de légiférer en faveur des droits des personnes internées, comme l'a fait trop modestement le Grand Conseil en décembre 1979, si la direction de la clinique de Bel-Air peut continuer impunément d'infliger à ses patients des traitements en violation de leur intégrité physique et personnelle¹² ? »

Invoquant la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH), le comité exige la mise en place par le Conseil d'État et le Grand Conseil genevois de mesures spécifiques d'urgence. De plus, il enjoint ces instances à exercer un plus grand contrôle sur les pratiques thérapeutiques de la direction et des médecins de la clinique psychiatrique. Il revendique en particulier la suppression

¹¹ *Ibid.*

¹² *Ibid.*

« des cellules d'isolement », en appelant à les considérer « comme l'instrument d'un "traitement inhumain" au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme¹³ ». Il demande également « l'interdiction des traitements à haut risque sans le consentement des patient·es (cure de neuroleptiques à hautes doses, cures de sommeil, électrochocs notamment) ». Dans les situations où le ou la patient·e aurait donné son consentement à ce type de traitements après information, l'Adupsy demande qu'ils soient soumis à un contrôle systématique strict par des médecins-internistes, considérant que la clinique manque précisément « du personnel formé et de l'équipement matériel (notamment de réanimation) indispensable aux traitements des affections somatiques importantes des patients ».

Susciter l'attention des médias

Deux jours avant le rassemblement organisé « à la mémoire d'Alain » sur le site de la clinique psychiatrique de Bel-Air, les membres du comité de l'Adupsy convoquent une conférence de presse. Au cours de celle-ci, ils et elles diffusent leur invitation au rassemblement et mettent en cause les traitements administrés à Alain Urban en y associant une série de questions sur le déroulement de sa prise en charge, faisant écho à leurs revendications portées devant le Grand Conseil. Ces questions portent sur un manque éventuel de transmission d'informations au patient, à ses proches ou à son représentant légal, sur l'absence de démarches visant à obtenir le consentement du patient ou de ses proches, sur les médicaments administrés ainsi que sur les mesures de contrôle et de surveillance du traitement mises en œuvre. Directement liées à l'interprétation faite par l'Adupsy quant aux causes du décès d'Alain Urban, ces questions suggèrent aux journalistes plusieurs pistes d'investigation à propos des traitements administrés – isolement et cure de sommeil – ainsi que des conditions morales et matérielles dans lesquelles ils ont été mis en œuvre. Cet ensemble de questions constitue une invitation aux journalistes à mener leur propre enquête au-delà du sujet de l'information aux patient·es

13 *Ibid.*

ou à leurs proches et du consentement au traitement. Car pour les membres du comité de l'Adupsy, le décès de leur collègue et ami ne peut être mis uniquement sur le compte de l'imposition de traitements sans consentement. Ce qu'ils mettent également en cause dans le cadre de ces traitements qu'ils qualifient « à haut risque » (cure de sommeil, électrochoc, etc.), c'est l'absence de mesures de contrôle et de surveillance spécifiques, en l'occurrence somatiques : « La mort d'Alain aurait probablement pu être évitée si de tels contrôles [somatiques] avaient été effectués. L'insuffisance respiratoire ou l'arrêt cardiaque auraient pu être diagnostiqués et la réanimation entreprise immédiatement¹⁴. »

Rassembler, s'indigner et accuser

Le « rassemblement à la mémoire d'Alain » du 4 juillet 1980 sur le site de la clinique de Bel-Air réunit quelque trois cents personnes¹⁵. Il est organisé par un petit nombre de ses ami-es, un groupe autodésigné les « amis d'Alain », parmi lesquelles sa compagne Sylvie Haller qui « par solidarité » participe à quelques activités de l'Adupsy¹⁶, son ami Daniel Lines, qui ne prend pas part à l'association et se rend pour la première fois sur le site de la clinique¹⁷, et d'autres ami-es membres du comité de l'Adupsy (Barthold Bierens de Haan, Nils de Dardel, Rolf Himmelberger, Alain Riesen, Roger Schuler, June Spalding, Edmond Vuichet, etc.). Le rassemblement réunit d'autres « camarades » de l'Adupsy, mais également du Groupe action prison et du Centre Liotard où Alain

14 « Conférence de presse du 2 juillet 1980 de l'Adupsy » (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS2).

15 « Mort au cours d'une cure de sommeil : dernier hommage de 300 amis ». Coupure de presse, (s.d.) (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS2). « Il est grand temps de s'attaquer de front aux violences symboliques qui se pratiquent sous le couvert des secrets les plus divers », Lettre ouverte de François Bertrand et Christian-N. Robert, *Tribune de Genève*, 10 juillet 1980, p. 11. Et entretien de Roger Schuler du 3 octobre 2012.

16 Association pour les droits des usagers de la psychiatrie (Adupsy), Genève, décembre 1980, bulletin n° 1, p. 11 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S03). Entretien avec Sylvie Haller du 5 janvier 2021.

17 Entretien avec Daniel Lines du 11 janvier 2021.

Urban travaillait¹⁸. Dans la circulaire d'invitation au rassemblement que les organisateur-rices font circuler dans leurs réseaux professionnels, militants et personnels, ils et elles précisent que « les plus proches d'Alain » souhaitent que celui-ci ait lieu « dans le calme et la dignité ». Les « amis d'Alain » soulignent cependant qu'outre la tristesse, la colère est aussi un sentiment qu'ils et elles estiment partager avec celles et ceux qu'ils invitent à participer au rassemblement. En dépit de la retenue apparente à laquelle les ami-es d'Alain tendent à s'astreindre dans ce document d'appel au rassemblement, ils et elles choisissent de formuler une série d'accusations et de désigner nommément ceux qu'ils et elles tiennent pour responsables du décès de leur ami.

« Nous accusons et désignons :

- le quartier d'accueil de Bel-Air [nom d'un service hospitalier], dans lequel certains sont véritablement torturés, en particulier ceux qui « résistent », c'est-à-dire exigent de garder une certaine maîtrise de leur traitement, et d'être respectés dans leur intégrité. Alain a été bourré à mort de médicaments parce qu'il refusait de dormir tant qu'il était maintenu en cellule d'isolement : un matelas et une tinette dont l'eau est contrôlée de l'extérieur, rien ni personne dans une cellule fermée à clé. Deux personnes déjà sont mortes cette année avant lui dans ce même quartier ;
- le directeur de Bel-Air RENÉ TISSOT, responsable de toutes les horreurs qui se passent à Bel-Air, et des négligences médicales criminelles à l'origine de la mort d'Alain ;
- le conseil de surveillance psychiatrique dont les psychiatres sont HORNEFFER, TABAN, MEYRAT, qui laisse faire n'importe quoi à Bel-Air sans réagir. Alain s'était plaint par son avocat auprès du conseil contre son maintien en cellule d'internement et sa cure de sommeil forcée. Le CSP n'a tenu aucun compte de sa demande.

L'assassinat de notre camarade ALAIN ne passera pas comme ça. Nous serons solidaires du combat dans lequel il a laissé sa peau¹⁹. »

18 Circulaire d'invitation au rassemblement du 4 juillet 1980, « Bel-Air a tué notre copain » (s.d.) (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS2).

19 *Ibid.*

Arrêtons-nous ici un instant pour formuler plusieurs remarques. Tout d'abord, relevons le lexique employé par les « amis d'Alain » dans ce contexte, car celui-ci n'est évidemment pas anodin. Si les termes utilisés servent à mettre en cause et dénoncer un dispositif psychiatrique spécifique, ils ont également pour fonction de susciter chez les participant-es potentiel·les au rassemblement l'indignation nécessaire à leur mobilisation. Aussi, le vocabulaire utilisé vise-t-il à éveiller tout un univers de représentations culturelles associées au monde asilaire et, dans le même temps, à en faire la critique. Le recours aux termes de « quartier », de « cellule » vient ainsi souligner le caractère carcéral de cet environnement hospitalier spécifique – associé ici à l'institution asilaire – en même temps qu'il sert à le dénoncer. La critique formulée à l'encontre de cet univers hospitalier s'inscrit donc dans une critique institutionnelle classique, laquelle consiste essentiellement à dénoncer l'incapacité du dispositif – en l'occurrence hospitalier – à opérer comme un espace proprement médical et curatif. Dans la situation décrite par les « amis d'Alain », le patient « résiste » au principe de l'isolement – élément fondateur et caractéristique du contexte asilaire – celui-ci étant à la fois rappelé et dénoncé (« il refusait de dormir tant qu'il était maintenu en cellule d'isolement » ; « rien ni personne dans une cellule maintenue fermée à clé »). L'indigence de cet environnement est lui aussi décrit pour être mieux dénoncé (« un matelas et une tinette dont l'eau est contrôlée de l'extérieur »). Enfin, la brutalité des conditions dans lesquelles la personne est internée est elle aussi dénoncée (les personnes sont « véritablement torturées » ; la personne internée est « bourrée de médicaments » ; « deux personnes sont déjà mortes [...] dans ce même quartier » ; il se manifeste dans ce contexte des « négligences médicales criminelles »).

Remarquons ensuite que la critique juridique, focalisée ici sur un manque de contrôle de cet espace institutionnel par l'organe qui en est officiellement chargé (le CSP) et sur l'absence du droit des patients à consentir ou refuser des traitements psychiatriques, est elle-même subsumée à la critique institutionnelle.

Comme nous l'avons vu au chapitre précédant, les militant-es de l'Adupsy ont été amené-es quelques mois auparavant, dans le contexte de révision de la loi cantonale sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales du 14 mars 1936, à recentrer leurs ressources et compétences sur une critique juridique, focalisée sur l'admission en hôpital psychiatrique (y compris l'internement), le droit de recours, et les droits en matière de traitement et de participation à la recherche. Or, dans le contexte de ce décès et de cet appel au rassemblement, les « amis d'Alain » placent à nouveau leur critique juridique dans le cadre d'une critique institutionnelle plus générale et fondamentale. Précisons encore que les militant-es ne mettent pas en cause la mesure d'internement dont a fait l'objet leur ami, ni à ce moment précis, ni par la suite d'ailleurs. Ce qu'ils et elles dénoncent en revanche, c'est l'absence de « réelle alternative » à la clinique psychiatrique en cas de crise : un dispositif à même d'accueillir et de prendre en charge une personne en état de crise, sans pour autant imposer de traitement psychiatrique contre la volonté de celle-ci ou de ses proches. Cet élément sera rappelé lors d'une prise de parole par l'un des amis d'Alain Urban et militant de l'Adupsy au cours du rassemblement du 4 juillet 1980 sur le site de la clinique²⁰.

Pour les personnes chargées de son organisation, ce rassemblement ne doit pas constituer un hommage définitif rendu à leur ami décédé. Ce ne sera d'ailleurs pas le cas, puisqu'une poignée de ses ami-es militant-es, beaucoup moins nombreux-euses que lors de ce premier rassemblement du 4 juillet 1980, se réunira chaque année, toujours sur le site de la clinique, afin de maintenir une certaine attention de la presse et des autorités sur cette affaire, ceci jusqu'en 1988, soit quelques mois avant la fin de la procédure pénale (Arsever, 1988).

20 « Mort au cours d'une cure de sommeil : dernier hommage de 300 amis ». Coupure de presse, (s.d.) (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS2). « Il est grand temps de s'attaquer de front aux violences symboliques qui se pratiquent sous le couvert des secrets les plus divers », Lettre ouverte de François Bertrand et Christian-N. Robert, *Tribune de Genève*, 10 juillet 1980, p. 11. Et entretien de Roger Schuler du 3 octobre 2012.

Pour les « amis d'Alain », ce premier rassemblement du 4 juillet 1980, en rappelant les intérêts et les engagements de leur ami, doit servir à mobiliser les participant-es et à les adjoindre à manifester leur solidarité. Aussi, par une prise de parole, l'un de ses collègues et amis, Roger Schuler – qui par ailleurs travaille encore durant cette période comme ergothérapeute au sein de la clinique²¹ –, retrace brièvement le parcours de formation, professionnel, personnel et militant du défunt, et évoque ses principaux intérêts²². Il précise les activités culturelles auxquelles Alain Urban accordait une grande importance : le théâtre qu'il pratiquait²³, la lecture et la photographie. Ces activités, précise Schuler, étaient « centrées sur une recherche personnelle ». Elles auraient dû l'amener, lui qui suivait une psychanalyse jungienne depuis quatre ans, à suivre une formation de psychanalyste à l'institut Jung (à Küsnacht, dans le canton de Zürich²⁴). Abordant ensuite les engagements militants de son ami, Roger Schuler rappelle qu'il travaillait au centre d'accueil Liotard, avait participé aux activités du GAP, était membre du comité de l'Adupsy, et quels étaient ses idéaux en matière psychiatrique :

« Il luttait pour la protection des droits des patients psychiatriques et pour l'instauration de soins psychiatriques humains, volontaires et consentis par le patient, par opposition aux internements forcés, aux traitements de choc et à l'isolement des patients. C'est à la suite de sa confrontation avec l'institution psychiatrique qu'il avait axé toute son existence sur la recherche

21 Entretien avec Roger Schuler du 3 octobre 2012.

22 Document sans titre, ni signature, comprenant le texte intégral lu par Roger Schuler, membre du comité de l'Adupsy, lors du rassemblement à la mémoire d'Alain du 4 juillet 1980 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS2). (Entretien de Roger Schuler du 3 octobre 2012.)

23 Bilingue français-anglais, Alain Urban avait en 1979-1980 pour projet de créer un spectacle avec l'acteur genevois, metteur en scène et fondateur en 1979 du Théâtre Kléber-Méleau à Lausanne, Philippe Mentha, à partir du texte de Ronald Laing *Est-ce que tu m'aimes ?* (titre original : *Do you love me?*) (Laing, 1978). Entretien avec Sylvie Haller du 5 janvier 2021.

24 Document sans titre, ni signature, comprenant le texte intégral lu par Roger Schuler, membre du comité de l'Adupsy, lors du rassemblement à la mémoire d'Alain du 4 juillet 1980 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS2). (Entretien de Roger Schuler du 3 octobre 2012.)

d'une réelle alternative, d'un lieu différent qui lui aurait peut-être permis, si ce lieu avait existé, de ne pas mourir ici. Nous sommes ici aujourd'hui pour témoigner de notre attachement à ses idées et de notre amitié²⁵. »

Roger Schuler termine sa prise de parole publique en cherchant à mobiliser par les émotions les personnes présentes : « Cette mort tragique pour laquelle nous nous rassemblons ici dans le calme ne fait que renforcer notre écœurement, notre révolte, notre colère et notre volonté de lutter contre une institution où la conscience et l'amour ne trouvent pas place et contre une société qui permet et couvre de telles institutions²⁶. »

Nommer ainsi les émotions qu'il juge être partagées par les « amis d'Alain » a ici pour fonction de les susciter et de les communiquer au-delà du cercle proche des « amis ». La mobilisation de ces émotions doit servir de ressort affectif à la mobilisation elle-même. Dit autrement, et pour paraphraser le titre d'un article de la politologue Coline Salaris (2017), il s'agit pour Roger Schuler de mobiliser par émotions, en mobilisant les émotions : l'écœurement, la révolte, la colère. Même si les mobilisations et le rassemblement organisés à cette occasion sont politiquement marqués, ils passent donc aussi par des économies morales (Fassin, 2009), soit la production et la circulation de sentiments moraux, comme ici l'écœurement, la colère et la révolte.

Quelques jours après ce rassemblement, Edmond Vuichet (1940-2009), membre de l'Adupsy et amis d'Alain Urban, diffuse une lettre ouverte dans laquelle il explique notamment avoir lui-même « subi un internement arbitraire » à la clinique de Bel-Air, et vouloir faire part de l'expression de sa « colère » et de son « humiliation²⁷ ». Cette lettre est adressée au directeur de la clinique, avec copie au personnel de la clinique, à l'ordre des médecins, au CSP, au Conseil

25 *Ibid.*

26 *Ibid.*

27 Vuichet, Edmond, Lettre ouverte à René Tissot, Directeur de la clinique psychiatrique de Bel-Air, Genève, 5 juillet 1980 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS2).

d'État, au directeur des IUP, et à la presse : « Afin qu'ils ne se sentent pas détachés des responsabilités éventuelles qu'ils ont dans le fonctionnement de votre institution. »

Investir l'arène médiatique : générer le débat

Au cours de la conférence de presse qu'ils organisent, les « amis d'Alain » revendiquent par ailleurs de connaître quelles ont été les circonstances exactes qui ont pu conduire au décès de leur ami et lancent un appel au directeur de la clinique à « s'expliquer publiquement sur ce qui s'est passé sous sa responsabilité²⁸ ». Celui-ci, malgré la sollicitation de journalistes, refuse dans un premier temps de s'exprimer dans la presse, évoquant l'argument du secret médical. Ainsi, au cours de cette période qui suit immédiatement l'annonce du décès dans l'espace médiatique, il se limite à affirmer que les accusations portées par l'Adupsy « contiennent plusieurs inexactitudes », mais que le secret médical lui interdit justement de préciser lesquelles²⁹. Face aux critiques de l'Adupsy et de ses alliés diffusées aussi bien dans la presse écrite qu'à la radio romande³⁰, la direction de l'institution et le Conseil d'État se contentent dans un premier temps de les rejeter par le biais de simples communiqués de presse.

Le 10 juillet 1980, le célèbre pénaliste genevois Christian-Nils Robert (professeur de droit pénal à l'université de Genève), qui par ailleurs a côtoyé Alain Urban, publie avec François Bertrand, docteur ès sciences, une longue lettre ouverte dans la *Tribune de Genève* (Bertrand et Robert, 1980). Ils se sont rendus à l'hommage à la mémoire d'Alain, expliquent-ils :

« Nous étions quelque trois cent pour des raisons d'amitiés, d'affection, d'admiration, mais aussi de solidarité avec le combat qu'a mené Alain durant plusieurs années, et combat qui, à la dernière semaine de sa vie, a

28 Communiqué du Centre Liotard, (s.d.) (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS2).

29 Arsever, Sylvie. « Décès à Bel-Air l'Adupsy accuse », *Journal de Genève*, 3 juillet 1980, p. 10.

30 La radio romande diffuse le 6 juillet 1980 une émission consacrée à la cure de sommeil et à l'isolement. Renseignement pris auprès de la radio romande (RTS), ces archives ne sont malheureusement plus disponibles.

pris la forme violente et singulière d'un corps-à-corps désespéré tant dans l'inégalité de l'humanité qu'il reflète, que dans les moyens abusifs dont il témoigne » (Bertrand et Robert, 1980).

Christian-Nils Robert et François Bertrand critiquent ensuite avec force et virulence le silence tenu par René Tissot depuis le décès, les accusations lancées à son encontre et les demandes d'explications portées par les militant·es. Robert et Bertrand l'accusent frontalement de se retrancher derrière le secret médical et l'interpellent sur la conception qu'il en a et l'usage qu'il en fait dans cette affaire :

« Certes, le silence est d'or, mais on peut se demander pour qui ? Qui donc ici profite de la vertu du silence ? Et nous entendons "vertu" dans un sens proprement utilitaire. Avez-vous donc oublié que le secret médical, doublé de chez vous d'un secret de fonction à la mesure de celui des grands commis de l'État, n'est pas destiné uniquement à protéger les intérêts légitimes du patient et, éventuellement, de sa famille ; sa fonction sociale, publique, sa dimension collective, est évidente pour l'unanimité de la doctrine le concernant. Dès lors, le secret médical n'est point un refuge commode ni dérisoire si nous tenons compte des réactions de ceux qui nous ont entourés ces derniers jours et qui, eux aussi, ont pratiqué le secret médical, il est vrai sans assumer des fonctions institutionnelles imprégnées de violences symboliques ou physiques comme les vôtres. Le secret médical n'est ni un bâillon de conscience ni une amulette conjurant les aspirations légitimes d'informations d'un public que certaines politiques de santé veulent à tout prix psychiatiser. Non, Monsieur le Directeur, sachez que nous n'avons qu'un respect limité pour le secret médical total servant d'alibi ; notre conviction est que seul est défendable le respect total d'un secret médical limité, singulièrement lorsque l'intérêt public à l'information l'emporte incontestablement sur le secret. Et c'est précisément le cas présentement [...]. Certes, le conflit d'intérêts n'est pas toujours simple à trancher, mais décider en cette espèce, c'est tenir compte du fait que le secret médical est aussi établi dans l'intérêt public. [...] Juste retour des choses, vous nous apportez aujourd'hui la preuve et l'occasion de nous pencher à nouveau sur ce que nous nommerons ici volontairement l'asile, sur l'opacité de ses pratiques, sur le fait qu'il réalise parfaitement, comme d'autres institutions d'ailleurs, un flot de non-droit, dans une communauté hyperjuridicisée » (Bertrand et Robert, 1980).

Au lendemain de la publication de cette lettre, le Conseil d'État réagit en annonçant délier la direction médicale de la clinique de

Bel-Air de son secret de fonction (Arsever, 1980a). Ensemble, le 12 juillet 1980, les Prs Tissot et Garrone, respectivement directeur médical de la clinique de Bel-Air et directeur médical des institutions universitaires psychiatriques de Genève (IUPG), ainsi que le conseiller d'État Willy Donzé se présentent devant la presse pour apporter des informations générales sur le fonctionnement de l'hôpital, les traitements biologiques pratiqués, et plus particulièrement sur les cures de sommeil et les conditions dans lesquelles elles sont pratiquées. L'une des critiques adressées par les militant-es de l'Adupsy est effectivement celle d'un manque de contrôle et de surveillance somatique de la cure. Lors de cette conférence de presse, la direction de la clinique de Bel-Air répond donc aux interrogations formulées en termes généraux aux questions qui leur sont adressées, mais refuse, toujours en raison du secret médical, de donner davantage de précisions sur le traitement et le décès du jeune homme.

Assistant à la conférence de presse, la journaliste Sylvie Arsever du *Journal de Genève* regrette pour sa part que les informations souhaitées par la population et les journalistes parviennent si tardivement « et surtout avec autant de réticences » (Arsever, 1980b).

L'Adupsy poursuit ses critiques, attaques et mises en accusation : la cure de sommeil est un traitement qui est en passe d'être abandonné. Le jeune homme n'a pas donné son consentement au traitement, il a cédé à un chantage : pour sortir de l'isolement, il s'est soumis à une cure médicamenteuse que pourtant il refusait. La presse locale, qui se fait le relai des critiques émises de part et d'autre, souligne les divisions existantes et fait part de son désarroi. Le journaliste Christian Butty du quotidien *Le Courrier* constate : « Le journaliste, pris entre l'indignation de l'ADUPSY et la compétence du gotha médical, n'a d'autres devoirs que de faire connaître à ses lecteurs les diverses versions. Mais comment ? Qui croire dans cette polémique où le patient lui-même devient le grand absent ? » (Butty, 1980).

Face aux reproches qu'il entend être adressés par les psychiatres-cadres d'institutions romandes, le journaliste Christian Butty rejoint

sa collègue du *Journal de Genève* dans sa critique d'un manque de transparence et d'ouverture de la part des institutions psychiatriques (genevoises) :

« Il nous est reproché de désécuriser la population en mettant cette affaire en exergue. On peut même se demander parfois si le fait de poser des questions est normal. La psychiatrie fait peur, c'est clair. Et si elle fait peur, c'est bien par le manque de transparence dont elle fait preuve. Il est évident que personne, outre les praticiens, ne peut vraiment connaître le sujet, mais il n'en demeure pas moins que si toutes les cartes étaient posées sur la table, bien des inquiétudes seraient effacées. Partant, les rapports de confiance pourraient se rétablir. Et c'est bien ce que les psychiatres demandent... » (Butty, 1980).

La relation patient-psychiatre est perturbée. Les psychiatres s'en plaignent et critiquent les journalistes qui, selon eux, colporterait la médisance et effraieraient les patient-es et leurs proches. Pour le chef du département de la prévoyance sociale et de la santé publique, président de la commission administrative des IUPG, il s'agit maintenant de tenter de contenir la crise en gardant le silence, s'exprimer publiquement reviendrait selon lui à alimenter cette dernière³¹.

Au cœur de l'été, le 25 juillet 1980, neuf psychiatres, cadres ou directeurs d'institutions romandes, décident de répondre publiquement aux critiques diffusées quelques semaines plus tôt dans la presse et sur les ondes de la radio romande, en publiant une lettre ouverte dans le *Journal de Genève* (Guggisberg *et al.*, 1980) et dans la *Tribune de Genève*. Les signataires³², en réfutant une à une les critiques émises à l'encontre des cures de sommeil et des pratiques

31 PV 202 de la réunion de la commission administrative des IUPG du 16 juillet 1980 cité dans Steinauer, 1982, p. 22.

32 Il s'agit de : Michel Guggisberg, premier médecin-adjoint à l'hôpital psychiatrique de Perreux (Neuchâtel), Michel de Meuron, directeur de la clinique psychiatrique de Préfargier (Neuchâtel), Christian Müller, directeur de l'hôpital psychiatrique de Cery (Vaud), Maurice Rémy, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Marsens (Fribourg), Jean Rey-Bellet, directeur de l'hôpital psychiatrique de Malévoz (Valais), Harutyum Van, directeur de la clinique psychiatrique de Bellelay (Berne), Edouard van Leckwyck, médecin-chef-adjoint de l'hôpital psychiatrique de Prangins (Vaud), Georges Schneider, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Bellevue (Vaud) et Ralph Winteler, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Perreux (Neuchâtel).

de soins de leur collègue genevois, René Tissot, affirment vouloir remplir leur « devoir de contribuer à l'information du public » et rétablir ainsi la confiance des patient·es et de leurs proches envers la psychiatrie.

Quand le mouvement de contestation gagne le corps médical

Au cours des premiers jours et semaines qui suivent immédiatement le décès d'Alain Urban, le mouvement de mise en cause de la direction de la clinique de Bel-Air vient essentiellement de l'extérieur des IUPG : de l'Adupsy et des « amis d'Alain », de la presse et de quelques personnalités genevoises. À partir de la seconde moitié de juillet 1980, ce mouvement de contestation gagne les rangs des soignant·es des IUPG, et en particulier du corps médical, avant de déboucher sur une crise ouverte, reconnue publiquement et officiellement par les autorités politiques et administratives.

Le 6 juillet 1980, un médecin assistant de la clinique de Bel-Air adresse un courrier au chef du département de la prévoyance sociale et de la santé publique, avec copie au directeur des IUPG, le Pr Garrone, dans lequel il met en cause les méthodes thérapeutiques du directeur de l'hôpital de Bel-Air de même que la manière dont il dirige l'établissement, et demande sa démission³³. Il menace en outre de diffuser le contenu de sa lettre auprès d'un public plus large si le conseiller d'État manquait de réagir. Une « brèche décisive » est ouverte par cette lettre : « la contestation perce au niveau du corps médical de l'hôpital » (Steinauer, 1982, p. 22) et la jonction entre les mises en cause émanant de l'intérieur et de l'extérieur des institutions psychiatriques universitaires de Genève (IUPG) est sur le point de s'établir. Fin juillet, un nouveau courrier signé par des médecins-chefs responsables de secteurs au centre psychosocial universitaire (CPSU) – autrement dit une lettre provenant de cadres de l'extra-hospitalier cette fois-ci –, contenant de « graves accusations » à l'encontre de l'hôpital de Bel-Air et de

33 PV 207 de la réunion de la commission administrative des IUPG, août 1980, cité dans Steinauer, 1982, p. 22.

son directeur, « notamment sur [s]a capacité de recevoir et traiter adéquatement les malades » est adressée au directeur des IUPG, avec copie au président de la commission administrative des IUPG et conseiller d'État Willy Donzé. Les médecins responsables de secteurs du CPSU font en outre savoir à ce dernier qu'en raison de la « crise de confiance » existant entre eux et la direction de l'hôpital de Bel-Air, la continuité des soins ne peut plus être assurée normalement (H. De Senarclens, 1980b). Face à ces attaques, les médecins-chefs de l'hôpital ripostent auprès du directeur des IUPG en condamnant la démarche de leurs collègues extra-hospitaliers et en exigeant que soient portées à leur connaissance les accusations soutenues par ceux-ci³⁴.

La crise est dès lors ouverte et déborde d'espaces sociaux en espaces sociaux. Le bruit circule jusque dans la presse : la commission administrative des institutions psychiatriques genevoises, présidée par le chef du département de la prévoyance sociale et de la santé publique, a décidé lors de sa séance du 16 septembre de constituer une commission d'enquête³⁵.

La faculté de médecine, par l'intermédiaire de son doyen, publie un communiqué le 25 septembre (H. De Senarclens, 1980b) dans lequel elle affirme en premier lieu condamner « les basses attaques » et la « campagne de dénigrement » – tracts, affiches, inscriptions murales – dont le directeur de la clinique fait l'objet et qui « rejaillissent » sur le directeur des IUPG et sur le chef du département. Pour elle, « un cas déterminé de décès dans un établissement hospitalier ne peut en lui-même être décisif dans une évaluation globale concernant cet établissement et ces organes directeurs³⁶ ». Surtout que le décès d'un malade au cours d'un

34 PV 208 de la réunion de la commission administrative des IUPG, août 1980, cité dans Steinauer, 1982, p. 22.

35 PV 209 de la réunion de la commission administrative des IUPG, 16 septembre 1980, cité dans Steinauer, 1982, p. 23-24 ; (H. De Senarclens, 1980b).

36 Rapport de la commission d'enquête sur les IUPG, 1^{er} septembre 1981, Mémorial 8 octobre 1981, p. 3745.

traitement peut se produire dans tous les domaines de la médecine et « les options thérapeutiques ne peuvent supprimer tout risque » (H. De Senarclens, 1980b). Aussi, pour la faculté, une critique utile ne saurait avoir lieu dans une telle ambiance « de haine et de démagogie ».

Pour le *Journal de Genève* qui non seulement publie, mais aussi commente, cette prise de position (H. De Senarclens, 1980b), l'unité affichée derrière ce communiqué ne signifie toutefois pas que « la Faculté ne soit pas elle-même profondément divisée sur les pratiques médicales qui ont cours à Bel-Air ». Ainsi, certains membres de la faculté craindraient « que l'autorité politique ne cherche à “banaliser” l'affaire et que l'enquête pénale ne débouche finalement sur rien ».

Le *Journal de Genève* invite toutefois son lectorat à porter un regard critique sur les intérêts des actrices en jeu : le marquage des positions qui se dessine parmi les médecins de la faculté est aussi le signe d'un conflit « éternel » entre « partisans de la médecine libérale et partisans de la médecine d'État » (« avec son lot de motivations plus ou moins élevées »). Pour une très grande majorité des praticien·nes privé·es, affirme le journal, il existerait un centralisme excessif des soins psychiatriques hospitaliers à Genève. Et ce « monopole » de l'hôpital leur apparaîtrait d'autant plus insupportable « lorsque l'unanimité n'existe pas autour des méthodes telles que la cure de sommeil ou les électrochocs ». Et le journal de rapporter : « il faut, nous dit un responsable, “dénapoléoniser” la conduite des soins, largement issue de l'ère Ajuriaguerra. » Critiquant l'attribution d'une très large part du budget des IUPG à l'hôpital de Bel-Air – au détriment de l'extra-hospitalier, soit du CPSU –, les praticien·nes privé·es dénoncent en outre à leur tour « une absence totale de transparence au niveau des méthodes de travail, des expérimentations et de l'information tant à l'opinion publique qu'aux patients » ; enfin, le journal d'entrouvrir en définitive et en guise de conclusion provisoire sur l'aspect bénéfique que pourrait revêtir cette crise : « C'est pourquoi la crise qui vient d'éclater à propos de Bel-Air aura peut-être ceci

de salutaire qu'elle obligera les responsables politiques et médicaux à prendre le temps de la réflexion, et à revoir leurs orientations. »

De fait, en date du 2 octobre 1980, le conseiller d'État, chef du département de la prévoyance sociale et de la santé publique, reconnaissant publiquement l'existence d'une crise des IUPG, tient une conférence de presse lors de laquelle il communique l'ouverture d'une enquête administrative.

5.2 Reconnaissance politique de la crise : ouverture d'une enquête

La commission d'enquête, dont les missions³⁷ sont relayées par la presse locale (H. De Senarclens, 1980c), est en premier lieu chargée d'examiner l'activité clinique et la qualité des soins administrés aux patients au sein de l'hôpital de Bel-Air, au regard des pratiques admises dans les autres institutions psychiatriques universitaires en Suisse et de « l'état actuel d'avancement de la science ». Autrement dit, la question est de savoir si « les thérapeutiques appliquées dans cet établissement sont les meilleures possibles et respectent la personnalité et l'intégrité du malade ». La commission d'enquête doit également déterminer « si le directeur médical de la Clinique universitaire de psychiatrie de Genève possède les qualités requises pour diriger cet établissement ». Pour cela, l'enquête doit porter :

« [...] aussi bien sur les activités cliniques, qui impliquent des choix thérapeutiques, que sur celles d'enseignement et de recherche, et inclure pour ce dernier point les recherches paracliniques entreprises sur certains patients. La commission d'enquête devrait pouvoir apprécier si l'orientation donnée à la clinique dans le domaine de la recherche se fait au détriment d'autres activités importantes³⁸. »

37 Rapport de la commission d'enquête sur les IUPG, 1^{er} septembre 1981, Mémorial 8 octobre 1981, p. 3742.

38 *Ibid.* Le *Journal de Genève* rendant compte de ces différentes missions dans son édition du 3 octobre 1980, s'interroge à ce sujet : « Autrement dit : les patients ne servent-ils pas un peu trop à l'application des recherches faites en laboratoire ? » (H. De Senarclens, 1980c).

La commission est en outre appelée à juger de l'existence – réelle ou non – d'un clivage entre le domaine hospitalier et extrahospitalier des IUP – le « cas échéant également avec les médecins de ville » – tant sur le plan conceptuel que sur celui des choix et de la mise en œuvre des thérapeutiques. Dans l'affirmative, elle doit également déterminer si la situation permet encore aux IUPG de remplir le rôle qui lui est imparti par la loi et de répondre aux objectifs ayant motivé l'introduction de la sectorisation quelques années auparavant. Enfin, la commission est chargée d'étudier les éventuels problèmes posés par le système de gestion collégiale en vigueur et de déterminer si une structure médico-administrative hiérarchisée serait mieux à même de les résoudre le cas échéant.

Cette commission d'enquête est composée de cinq personnes choisies par le conseiller d'État après consultation de la faculté de médecine et du CSP (H. De Senarclens, 1980c). Sa présidence est confiée à Daniel Sorg, médecin interniste, vice-président de la commission administrative des IUPG³⁹. Celui-ci est entouré de Jacques Bernheim, directeur de l'institut de médecine légale de l'université de Genève⁴⁰, de Charles Durand, ancien médecin-directeur du secteur psychiatrique ouest du canton de Vaud et de l'hôpital psychiatrique de Prangins, de Ralph-W Straub, directeur du département de pharmacologie de l'université de Genève, et de Jacques Tagini, ancien secrétaire général du département de la prévoyance sociale et de la santé publique⁴¹.

La commission est appelée à rendre ses conclusions pour l'été suivant, communique le conseiller d'État lors de sa conférence de presse du 2 octobre 1980 (H. De Senarclens, 1980c). Ce dernier annonce par la même occasion proposer qu'²« un comité permanent

39 Rapport de la commission d'enquête sur les IUPG, 1^{er} septembre 1981, Mémorial 8 octobre 1981, p. 3741.

40 À noter que Jacques Bernheim est par ailleurs chargé d'établir le rapport d'autopsie à l'intention du juge d'instruction chargé de l'enquête pénale ouverte immédiatement après le décès d'Alain U. J'aborde ces éléments au chapitre suivant.

41 Rapport de la commission d'enquête sur les IUPG, 1^{er} septembre 1981, Mémorial 8 octobre 1981, p. 3741.

du CSP exerce un contrôle sur la nature des recherches qui se font dans le cadre de Bel-Air » (H. De Senarclens, 1980c).

On peut s'interroger ici sur les raisons qui ont conduit les mandataires de cette enquête à décider de l'étendre aux activités de recherche et d'enseignement, et amené le conseiller d'État, chef du département de la prévoyance sociale et de la santé publique, à vouloir instaurer un comité permanent de contrôle des recherches effectuées à l'hôpital. La définition des mandats attribués à cette commission a été le fruit d'une collaboration étroite entre les membres de la commission administrative des IUPG et leur président, le conseiller d'État. Ceux-ci auraient-ils jugé par eux-mêmes nécessaire d'étendre ce mandat aux activités de recherche et d'enseignement ? Et, dans l'affirmative, pour quelles raisons ? Les deux lettres adressées en août 1980 au président de la commission administrative et au directeur des IUPG – respectivement par un médecin assistant de l'hôpital et plusieurs médecins-chefs responsables de secteurs au CPSU – auraient-elles dirigé l'attention du président ou des autres membres de la commission administrative sur ces activités ? Faute d'un accès direct et exhaustif à ces sources, il m'est malheureusement impossible de répondre avec certitude à cette dernière interrogation⁴². En revanche, il est établi que les activités de recherches biologiques et psychopharmacologiques dirigées par le Pr Tissot – y compris leur contribution à la formation des médecins – ont déjà fait l'objet de vives critiques de la part d'une partie du corps médical de la clinique en 1974, à une période où celui-ci était précisément en passe de succéder au Pr Ajuriaguerra à la direction de la clinique de Bel-Air⁴³. Revenons un instant sur ces événements.

42 Seuls des extraits des PV de la commission administrative des IUPG faisant état de ces deux lettres sont publiés dans l'ouvrage de Steinauer (1982) et des commentaires d'une lettre des médecins-chefs de secteurs des IUPG sont publiés dans un article de la *Tribune de Genève* du 25 septembre 1980. Ces sources ne livrant toutefois pas d'information à ce propos, il ne m'est pas possible de répondre de manière définitive à cette question.

43 Rapport de la commission d'enquête sur les IUPG, 1^{er} septembre 1981, Mémorial 8 octobre 1981, p. 3767 ; Steinauer (1982, p. 88-94).

La question de l'intérêt porté aux activités de recherche

En 1974, deux employés de la clinique, associés à l'équipe de recherche de René Tissot⁴⁴, expriment des critiques à l'égard de la méthodologie, des mécanismes de financement et des conditions éthiques des travaux de recherche en cours (Steinauer, 1982, p. 89⁴⁵). Le premier est un biochimiste, docteur ès sciences, chef de laboratoire à la clinique depuis le 1^{er} juillet 1967, établissement au sein duquel il travaille depuis 1964. En 1974, il exprime des inquiétudes envers la qualité des échantillons qui lui sont fournis pour analyse, critique le matériel utilisé par les expérimentateurs – notamment la dimension et la matière des aiguilles employées –, l'interprétation des données faite par le Pr Tissot et, surtout, il met en doute l'opportunité de l'expérimentation humaine à ce stade de recherche (Steinauer, 1982, p. 89). Il exprime son refus de poursuivre sa collaboration avec le Pr Tissot sur ces recherches, celui-ci décidant en retour de l'affecter à d'autres tâches.

Le second employé de la clinique à émettre des critiques envers les recherches biologiques dirigées par Tissot est un médecin chargé de collaborer aux expérimentations paracliniques entreprises sur des patients (Steinauer, 1982, p. 90). Ses critiques portent sur les conditions-cadres de ces recherches – scientifiques, médicales et éthiques –, et en particulier sur les conditions dans lesquelles l'anesthésie générale des patients est pratiquée. Selon lui, le personnel chargé de cette anesthésie manque de compétences – il affirme d'ailleurs lui-même en manquer – et l'appareillage nécessaire à une surveillance rigoureuse et à une réanimation

44 René Tissot est responsable du laboratoire de biochimie depuis 1961 (Brulhart, 2003a, p. 252 ; Pidoux, 2012, p. 99). Ce laboratoire a été créé en 1948 par Ferdinand Morell (1888-1957), directeur des institutions psychiatriques genevoises de 1938-1956 (Brulhart, 2002, p. 191-192).

45 René Tissot est un pionnier dans le domaine de la recherche sur les monoamines et leur relation avec les symptômes psychiatriques, sujet auquel il a consacré sa thèse de doctorat en médecine (Tissot, 1961) et de nombreuses publications (Gaillard *et al.*, 1973, 1975 ; Gaillard et Tissot, 1979 ; Tissot, 1967, 1975). Il est également spécialisé dans la recherche et le traitement de la maladie de Parkinson (Geissbuhler *et al.*, 1972 ; Krassoievitch et Tissot, 1971).

éventuelle fait défaut. Au début du printemps 1974, le directeur de la clinique, à la suite du refus du médecin de continuer à pratiquer cette anesthésie générale et à l'aggravation des tensions existantes avec son subalterne, demande à ce dernier de quitter ses fonctions de recherche ainsi que la clinique de Bel-Air pour occuper un nouveau poste au CPSU. Cette décision suscite alors un mouvement de protestation de la part du corps médical de la clinique dont témoignent deux courriers.

Dans une première lettre adressée au Pr R. Tissot, 37 médecins-assistants et chefs de clinique de l'hôpital de Bel-Air ainsi qu'un chercheur (un biochimiste docteur ès sciences⁴⁶) font part de leur malaise face à la décision prise par celui-ci à l'encontre de leur collègue médecin-psychiatre et manifestent leur solidarité envers ce dernier :

« Pour notre part, ce collègue, unanimement respecté, n'a fait, dans sa remise en question, qu'exprimer, comme d'autres, un malaise que nous ressentons tous. Aussi refusons-nous de le voir traité en bouc émissaire. [...] Nous sommes de plus en plus inquiets devant la tournure que prend la situation à Bel-Air. Aussi, en guise d'avertissement, et en vue de réfléchir sur l'état de crise de notre institution, nous avons décidé de consacrer la journée du mercredi 27 mars à un débat des médecins-assistants et chefs de clinique à ce sujet. Les soins auprès des patients seront assurés par un service de garde renforcé⁴⁷. »

Cette journée de réflexion donne lieu à une seconde lettre, datée du 4 juin 1974, adressée par l'assemblée des médecins-assistants et chefs de clinique à la direction de la clinique :

« Au cours de notre journée de réflexion du 27 mars 1974, nous nous sommes penchés sur plusieurs thèmes relatifs à notre travail et à notre formation dans cette institution, et particulièrement sur celui de la recherche psychopharmacologique.

46 Les informations dont je dispose ne me permettent pas d'affirmer s'il s'agit du même biochimiste qu'évoqué ci-dessus.

47 Lettre des médecins-assistants et chefs de clinique de Bel-Air au Pr Tissot, 22 mars 1974, Genève, publiée dans Steinauer (1982, p. 90-91).

En examinant par la suite ce domaine précis, il nous est apparu que :

- la recherche telle qu'elle est pratiquée à Bel-Air nous reste étrangère et ne contribue pas à notre formation ;
- notre rôle dans les essais médicamenteux se réduit au recrutement des patients ;
- des essais sont parfois entrepris avec une méthodologie rudimentaire, ou bien établis par des personnes non qualifiées pour la récolte ou le traitement des informations ;
- lorsque nous participons à un essai mis au point et dépouillé par une maison pharmaceutique, nous ne sommes pas informés des résultats.
- l'assemblée des médecins-assistants et chefs de clinique, réunie le 27 mars 1974, préfère donc s'abstenir de toute investigation psychopharmacologique dans le cadre de la clinique en attendant qu'une méthodologie de recherche soit définie et explicitée par la Direction⁴⁸. »

Ce mouvement de protestation intervient dans un contexte spécifique qui explique aussi son ampleur. En 1974, Julian de Ajuriaguerra, alors directeur des IUPG, est nommé professeur au Collège de France (Brulhart, 2003a, p. 275). De mars à septembre 1974, il est en congé sabbatique et est remplacé dans ses enseignements à la faculté par les différents collègues du département de psychiatrie. Sur le plan de la direction des institutions psychiatriques, il est remplacé par René Tissot et Gaston Garrone, tous deux directeurs adjoints. Ajuriaguerra prend sa retraite à la direction des IUPG le 30 septembre 1976 (Brulhart, 2003a, p. 277) pour poursuivre son enseignement au Collège de France (Bovier et Tissot, 2003, p. 31). Au printemps 1974, les médecins de la clinique perçoivent René Tissot comme le probable successeur d'Ajuriaguerra de l'ensemble du dispositif des IUPG, à tout le moins à la direction de l'hôpital puisqu'il en est alors le second (Brulhart, 2003a, p. 275 ; Steinauer, 1982, p. 88-89 ; 93⁴⁹). Cela paraît d'autant plus probable que, comme l'affirmera la commission d'enquête administrative dans son rapport final : « une grande partie de la recherche à Bel-Air a toujours été dans les mains

48 Lettre de l'assemblée des médecins-assistants et chefs de clinique, 4 juin 1974, Genève, publiée dans Steinauer (1982, p. 92-93).

49 René Tissot est par ailleurs nommé professeur ordinaire de psychiatre à la faculté de médecine en 1973, en même temps qu'André Haynal (1930-2019) (Brulhart, 2003a, p. 273).

du professeur Tissot dès la nomination à la tête de la Clinique du professeur Ajuriaguerra en 1959⁵⁰ ». Ainsi, l'ampleur du mouvement de contestation au sein du corps médical de l'hôpital au printemps 1974 peut aussi être interprétée comme une stratégie visant à contester la légitimité de René Tissot dans la conduite de recherches et à « prévenir, par cette mise en cause [...] sa nomination comme directeur de Bel-Air » (Steinauer, 1982, p. 93).

Ces attaques du printemps 1974 envers les activités de recherches biologiques et psychopharmacologiques dirigées par René Tissot – révélatrices des fortes tensions qui ont pu exister par périodes au sein du corps médical de l'hôpital – n'ont toutefois pas donné de suites pratiques⁵¹. Tissot a été nommé directeur de la clinique de Bel-Air en 1976. Reste qu'elles ont porté sur une série de sujets – la nature de ces recherches, leur pertinence pour la clinique et la formation des médecins appelés à y collaborer, leur méthodologie et leur éthique –, tous couverts par le mandat attribué officiellement début octobre 1980 à la commission chargée d'enquêter. En même temps, ces attaques sont aussi très certainement à l'origine – parmi d'autres facteurs – de la volonté, exprimée publiquement à la même période par le conseiller d'État, d'instaurer un comité permanent du CSP chargé d'exercer un contrôle sur la nature des recherches effectuées dans le cadre de l'hôpital de Bel-Air.

Au vu de l'homologie des problèmes soulevés lors de la contestation des recherches menées par le Pr Tissot en 1974 et des questions posées à la commission d'enquête début octobre 1980, il est probable que l'élargissement du mandat d'enquête aux activités de recherche puisse s'expliquer par la connaissance qu'avaient de ces critiques certains membres des instances de contrôle de la clinique (la faculté de médecine, la commission administrative des IUPG, le CSP). On peut imaginer que ceux-ci en aient gardé le souvenir depuis 1974 ou que de telles critiques aient été réactivées et portées

50 Rapport de la commission d'enquête sur les IUPG, 1^{er} septembre 1981, Mémorial 8 octobre 1981, p. 3764.

51 *Ibid.*, p. 3767.

à leur connaissance à l'été 1980 par une partie de la corporation médicale des IUPG ou par des praticien-n-es privé-es ayant eu connaissance de ces faits.

En tout état de cause, à partir de septembre-octobre 1980, la crise de la psychiatrie institutionnelle à Genève s'étend désormais aussi au domaine de la recherche et de l'enseignement. On comprend dès lors mieux, non seulement pourquoi ces thématiques ont été inscrites dans le mandat d'enquête, mais aussi pourquoi l'Association des médecins progressistes genevoise (AMP) ne va pas manquer d'investir publiquement, au côté de l'Adupsy, la thématique des recherches expérimentales paracliniques dans les semaines qui suivent l'annonce officielle de l'ouverture de l'enquête administrative.

Pour le conseiller d'État Willy Donzé, l'annonce de l'ouverture de cette enquête administrative devrait permettre de mettre un terme aux « campagnes d'accusation et de dénigrements qui [sont] de nature à inquiéter les malades et leurs familles » (H. De Senarclens, 1980d). Il en appelle à la commission administrative et au corps médical afin qu'ils mettent « tout [...] en œuvre pour que renaisse un climat de sérénité ». René Tissot, pour sa part, dit se sentir isolé face à la justice, mais n'avoir rien à craindre « d'une enquête [administrative] objective » et affirme sa satisfaction à la voir débiter rapidement⁵².

5.3 Dénonciation des traitements et recherches : appel à des mesures urgentes

Une nouvelle tentative de médiatisation

Début octobre 1980, soit quelques jours seulement après l'annonce officielle par le Conseil d'État de la constitution d'une commission d'enquête et avant même que celle-ci ne siège pour la première fois⁵³,

52 PV 210 de la réunion de la commission administrative des IUPG du 16 septembre 1980 cité dans Steinauer, 1982, p. 25.

53 La première séance de la commission d'enquête a lieu le 14 octobre 1980 (Steinauer, 1982, p. 28). Je reviens plus avant dans ce chapitre sur les travaux de la commission.

l'Adupsy et l'AMP genevoise organisent une conférence de presse (le 6 octobre 1980). Les deux associations souhaitent par ce biais médiatiser la dénonciation d'une partie des activités cliniques et de recherche qui ont cours au sein de l'hôpital de Bel-Air, et interpellent le Conseil d'État, afin qu'il mette en place des mesures urgentes de limitation et de contrôle de ces activités⁵⁴. Elles critiquent par ailleurs la composition de la commission d'enquête administrative.

Face aux journalistes, les porte-paroles de ces associations déplorent en premier lieu le manque d'indépendance de la commission d'enquête, la totalité de ses membres étant ou ayant été en relation étroite avec la direction de la clinique, que ce soit dans le cadre de la commission administrative des IUP ou de la faculté de médecine qui a elle-même proposé la nomination de Tissot⁵⁵. L'Adupsy précise regretter en outre que ni les personnes usagères de la psychiatrie, ni les organisations syndicales et professionnelles du personnel infirmier ne soient représentées dans la commission. Pour autant, d'après elle, « les manquements et insuffisances des pratiques médicales sont si graves qu'ils ne pourront échapper à personne⁵⁶ ».

Dans une lettre ouverte au Conseil d'État, l'AMP genevoise condamne la prise de parole publique du doyen de la faculté de médecine par laquelle il a qualifié la mort d'Alain Urban d'« accident imprévisible » et « inévitable ». Ces affirmations leur paraissent particulièrement scandaleuses étant donné que d'après les informations transmises par l'Adupsy, et de « l'avis de personnes compétentes », les dosages de médicaments administrés lors de cette cure de sommeil ont été « tout à fait inhabituels et ont atteint les

Rapport de la commission d'enquête sur les IUPG, 1^{er} septembre 1981, Mémorial 8 octobre 1981, p. 3743.

54 « Adupsy, Association pour les droits des usagers de la psychiatrie. Conférence de presse du 6 octobre 1980 » (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS2). « Lettre ouverte au Conseil d'État », Genève, 6 octobre 1980, Association des médecins progressistes » (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS2).

55 *Ibid.*

56 « Adupsy, Association pour les droits des usagers de la psychiatrie. Conférence de presse du 6 octobre 1980 » (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS2).

doses toxiques », tandis que la surveillance médicale « aurait été insuffisante⁵⁷ ». « Y a-t-il eu d'autres morts suspectes ces trois dernières années à Bel-Air ? », s'autorise à demander publiquement dans la foulée l'AMP. Celle-ci questionne encore de façon frontale l'existence de manquements aux principes, normes et contrôles éthiques des recherches pratiquées par le directeur sur des patient-es hospitalisé-es et la valeur scientifique et morale de celles-ci :

« Est-il exact que le Professeur Tissot n'a pas soumis ses protocoles de recherches pratiquées sur des patients aux différentes commissions d'éthique de la Faculté de médecine, comme la Charte d'éthique de la recherche adoptée depuis plusieurs années par la même Faculté l'exige ?

Le Professeur Tissot demande-t-il l'accord écrit des patients pour participer à des recherches fondamentales qui n'ont pas de répercussions thérapeutiques ou diagnostiques immédiates ?

Pour des interventions diagnostiques telles que des cathétérismes artériels et veineux divers, les indications sont limitées. Est-il justifié que le Professeur Tissot utilise de tels moyens qui font courir un risque aux patients, dans le cadre d'une recherche fondamentale ? Dans ce même contexte, est-il légitime de pratiquer des anesthésies générales ?

Est-ce que l'expérimentation comprenant l'injection de produits radioactifs (sic) s'est déroulée selon les normes en vigueur ?

Peut-on admettre de tels risques pour des expérimentations humaines dans le cadre de recherches qui, à notre connaissance, ne sont pratiquées qu'à la Clinique Bel-Air depuis de nombreuses années⁵⁸ ? »

Dans le but affirmé de faire respecter les droits des patient-es et de contribuer à résoudre la crise de confiance qui a gagné le personnel soignant des IUPG, et sans attendre le résultat des travaux de la commission – dont il est annoncé qu'ils se dérouleront sur près d'un an –, les deux associations demandent au Conseil d'État la « suspension provisoire de l'activité de recherche scientifique à la clinique de Bel-Air, compte tenu des graves fautes déontologiques

57 « Lettre ouverte au Conseil d'État », Genève, 6 octobre 1980, Association des médecins progressistes » (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS2).

58 *Ibid.*

qui grèvent la recherche scientifique dans cet établissement⁵⁹ ». Elles réitérèrent également les revendications adressées au Grand Conseil au début de l'été par l'Adupsy : suppression des isolements ; arrêt des traitements à haut risque et en particulier de la cure de sommeil ; et consentement écrit et informé du ou de la patient·e, ou à défaut de son représentant légal ou d'un proche, pour tout traitement à haut risque comme pour la participation à la recherche⁶⁰. Elles demandent enfin l'instauration « de thérapeutiques nouvelles et diversifiées » au sein de la clinique et en ambulatoire⁶¹.

L'AMP et l'Adupsy étayaient leurs propos et revendications dans un épais dossier d'une trentaine de pages qu'elles transmettent aux journalistes. Ce dossier est composé de deux volets. Le premier, axé sur la cure de sommeil, est composé d'une recension de la littérature scientifique synthétisant (sur quatre pages) les données concernant les points suivants : indications ; examens préalables ; locaux, personnel et installations nécessaires ; médicaments ; incidents et accidents⁶². Le petit nombre de références scientifiques passées en revue – une quinzaine seulement – s'explique, d'après le(s) auteurice(s) (le document n'est pas signé), par :

59 « Adupsy, Association pour les droits des usagers de la psychiatrie. Conférence de presse du 6 octobre 1980 » (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS2).

60 « Suppression immédiate de l'utilisation des cellules d'isolement » ; « Arrêt des traitements par cure de sommeil, tant que l'établissement ne sera pas équipé d'un service médical suffisant en personnel et en matériel pour soigner les affections somatiques des patients » ; « Instructions données par le Conseil d'État à la direction de Bel-Air de solliciter le consentement écrit du patient après l'avoir complètement informé, pour tout traitement à haut risque ».

61 Pour l'Adupsy, l'instauration de ces thérapeutiques, et notamment celles fonctionnant selon les principes de la communauté thérapeutique, devrait se faire dans la clinique, tandis que l'AMP souhaite que la priorité soit accordée « aux instruments de soins ambulatoires (centres d'urgences psychiatriques, appartements communautaires, communauté thérapeutique, soins psychiatriques à domicile) ». « Lettre ouverte au Conseil d'État », Genève, 6 octobre 1980, Association des médecins progressistes » (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS2).

62 « Cure de sommeil, références scientifiques » (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS1 et archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête etc.).

« la difficulté qu'il y a à trouver des références sur la CS [cure de sommeil] dans la littérature psychiatrique contemporaine : de nombreux ouvrages de base la considérant comme une thérapeutique actuellement abandonnée, ou ne la mentionnant même plus pour les éditions plus récentes⁶³ ».

Le second volet du dossier, intitulé « Documents – recherche scientifique », comprend une dizaine de documents environ (pour un total de 25 pages environ⁶⁴). Le premier et principal document – « Recherches neuropsychiatriques à la clinique de Bel-Air » (cinq pages) –, rédigé au nom de l'Adupsy, débute par une dénonciation en force du non-respect des droits fondamentaux (information et consentement) de malades hospitalisé-es – « souvent d'ailleurs contre leur gré » – dont « les cerveaux [...] sont utilisés à des fins de recherche [...] sans qu'ils n'en tirent aucun bénéfice personnel⁶⁵ ». Afin de rappeler que les recherches dirigées par Tissot soulèvent de longue date déjà des préoccupations de la part du personnel médical et de recherche de l'hôpital, le texte évoque ensuite très succinctement les contestations du printemps 1974 et renvoie à la lettre du 4 juin 1974 de l'assemblée des médecins-assistants et chefs de clinique de l'hôpital de Bel-Air qui est également jointe au dossier⁶⁶. Le texte se poursuit par un exposé didactique et critique des recherches en cours menées sur des patient-es de la clinique par l'équipe de recherche de Tissot ainsi qu'un ensemble de questions scientifiques, financières et éthiques que ces recherches posent fondamentalement d'après « un médecin ». Chacun de ces éléments fait en outre l'objet d'un développement dans une série de documents également intégrés au dossier⁶⁷.

63 *Ibid.*

64 « Documents – recherche scientifique » (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS3 ; et archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête etc., dossier Recherche).

65 « Recherches neuropsychiatriques à la clinique de Bel-Air », p. 1 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS3 ; et archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête etc., dossier Recherche).

66 Lettre de l'assemblée des médecins-assistants et chefs de clinique de la clinique psychiatrique de Bel-Air à René Tissot, Directeur-adjoint, Genève, 4 juin 1974 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS3 ; et archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête etc., dossier Recherche).

67 « Descriptif des études des monoamines cérébrales dans les troubles de l'humeur » ; « Déroulement de l'examen sur la fixation du tryptophane (test de consommation) » ;

Pour étayer les données, informations et jugements critiques portés sur les « questions d'ordre éthique » soulevées, quatre documents supplémentaires sont intégrés au dossier⁶⁸. Les membres de l'Adupsy et de l'AMP à l'origine du dossier accusent Tissot de n'avoir jamais soumis ses projets de recherche à la commission d'éthique de la faculté qui pourtant a pour mission « d'examiner les projets de recherche clinique sous leurs aspects éthiques et techniques » et dispose de la compétence de « les approuver, les rejeter ou [de] proposer leur modification », comme en atteste l'article qui retrace le projet d'instauration et de réglementation de cette commission qu'ils joignent au dossier (Perrier *et al.*, 1975). Les auteurices du dossier accusent Tissot de ne pas rechercher le consentement écrit, libre et éclairé des patient·es avant de débiter ses recherches cliniques, ni de respecter le droit des patient·es de retirer leur consentement au cours de l'expérimentation, ni encore de respecter dans les faits les protocoles de recherche élaborés, éléments soutenus par deux témoignages écrits versés au dossier, l'un d'un d'infirmier, l'autre d'une infirmière ayant collaboré avec l'équipe de recherche⁶⁹. Pour finir, les membres de l'Adupsy et de l'AMP accusent Tissot de faire entièrement l'impasse sur « tout le problème éthique et déontologique lié à ce type de recherche ». Ils en veulent pour preuve un (très bref) article publié en 1977 par Tissot sur ses différentes recherches – ultime « pièce » versée au dossier (Tissot, 1977a) – dans lequel il « passe complètement sous silence » selon eux ce problème. « Cet

« Questions d'ordre universitaire proposées par un médecin » ; « Questions d'ordre administratif proposées par un médecin » (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS3 ; et archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête etc., dossier Recherche). Je précise que ces documents ne sont ni datés ni signés.

68 Perrier *et al.* (1975) ; Tissot (1977a) ; « Observations d'un infirmier accompagnant une patiente "pointée" pour la recherche » et « Récit d'une infirmière sur la recherche du tryptophane du Pr Tissot (sur un patient psychotique avec un délire prolifique) » (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS3 ; et archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête etc., dossier Recherche).

69 « Observations d'un infirmier accompagnant une patiente "pointée" pour la recherche » et « Récit d'une infirmière sur la recherche du tryptophane du Pr Tissot (sur un patient psychotique avec un délire prolifique) » (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS3 ; et archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête etc., dossier Recherche).

oublie ne constitue-t-il pas un aveu ? Un aveu d'ignorance des droits des patients ou un aveu de leur mépris ? », interrogent les membres de l'Adupsy et de l'AMP ayant constitué ce dossier⁷⁰.

Sur la base de ce dossier, les deux associations invitent les journalistes à enquêter, eux aussi, de manière plus approfondie sur le traitement de la cure de sommeil et sur les différentes questions soulevées au sujet des recherches du directeur de la clinique de Bel-Air, notamment sur ces éléments éthiques particulièrement développés dans le document transmis.

Dans les jours et semaines qui suivent cette conférence de presse, l'Adupsy et l'AMP transmettent ce même dossier aux différentes actrices dont elles estiment qu'ils et elles ont le pouvoir et la responsabilité d'exercer un (plus grand) contrôle sur ces activités cliniques et de recherche : au conseiller d'État Willy Donzé, à la commission administrative des IUPG et à la commission d'enquête, au directeur des IUPG Gaston Garrone, à l'une des commissions d'éthique de la recherche sur l'être humain⁷¹, au CSP ainsi qu'à la commission des pétitions du Grand Conseil⁷².

La stratégie de dénonciation et de médiatisation entreprise conjointement par les deux associations début octobre 1980 suscite la publication de lettres de lecteurs, de communiqués, d'entretiens, d'éditoriaux et d'enquêtes, et engendre une polémique qui divise la presse

70 « Documents – recherche scientifique » (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS3 ; et archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête etc., dossier Recherche).

71 Les deux commissions d'éthique potentiellement concernées sont celle de la faculté de médecine et celle interne aux IUPG (département de psychiatrie), instaurées respectivement en 1975 et en 1979, la première chapeautant la seconde. À noter qu'en Suisse les commissions d'éthique ont été créées afin de diminuer les risques de l'expérimentation impliquant des humains à partir de 1973-1974 dans différents départements de médecine des facultés de médecine suisses, sous l'impulsion de l'Académie suisse des sciences médicales et du Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS). Rapport de la commission d'enquête sur les IUPG, 1^{er} septembre 1981, Mémorial 8 octobre 1981, p. 3767-3768 ; (Perrier et al., 1975).

72 Ce dossier est également transmis au parti socialiste genevois. Association pour les droits des usagers de la psychiatrie (Adupsy), Genève, décembre 1980, bulletin n° 1, p. 8 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S03).

genevoise et romande. À l'échelle locale, ce sont le quotidien grand public la *Tribune de Genève* et l'hebdomadaire *Tout va bien hebdo* qui s'y engagent principalement. Le premier critique la démarche de l'Adupsy et de l'AMP et manifeste ainsi son soutien au Pr Tissot. Le second exprime sa solidarité avec les deux associations en publiant une enquête qui exploite les informations du dossier transmis⁷³.

Tout en se défendant de vouloir entrer dans la polémique, le rédacteur en chef de la *Tribune de Genève*, Georges-Henri Martin, publie successivement, les 7 et 10 octobre 1980, deux articles (1980a, 1980b) qui vont avoir pour effet de marquer profondément les militant-es des deux associations et en particulier de l'Adupsy. Le rédacteur dénonce une « campagne contre le Pr Tissot », menée par le biais de conférences de presse, mais aussi par des affichettes collées sur les murs de la ville sur lesquelles figure la photo du directeur de la clinique de Bel-Air avec l'inscription « assassin ». Martin explique refuser de publier dans ce contexte les revendications des deux associations qu'il s'attache à discréditer (1980a, 1980b⁷⁴).

De son côté, le journal *Tout va bien hebdo* s'engage dans la polémique en consacrant son édition du 17 octobre 1980 aux recherches de Tissot. Les articles de ce numéro se focalisent sur les questions des droits des patient-es et du manque de contrôle éthique et financier de ces recherches. Pour la rédaction de l'hebdomadaire, l'« affaire de Bel-Air » révèle un « aspect inquiétant »,

73 *La Suisse, Le Courrier et le Journal de Genève* – principaux quotidiens locaux de l'époque aux côtés de la *Tribune de Genève* – se limitent essentiellement à diffuser les critiques, questions et revendications communiquées par les deux associations, à publier des lettres de lecteurs, des communiqués et des entretiens – dont un entretien de René Tissot dans le *Journal de Genève* – sans toutefois enquêter plus avant. Comme relevé dans l'introduction de ce chapitre 5, les dénonciations et prises de position publiques de l'Adupsy et de l'AMP au cours de cette crise des IUPG ont aussi suscité des divisions au sein même des rédactions des journaux, notamment parmi la rédaction de la *Tribune de Genève* (Cuénod, 2003, p. 150).

74 Suite à la publication de ces deux articles, l'Adupsy adresse un courrier au rédacteur en chef de la *Tribune de Genève* dans lequel elle se défend de mener une « campagne contre le Pr Tissot » (en s'en prenant uniquement à lui) et exprime son désarroi face au refus du rédacteur du journal de publier les revendications qu'elle porte avec l'AMP. Elle lui demande d'y remédier, en vain, le rédacteur en chef maintenant son refus. Lettre de l'Adupsy au rédacteur en chef de la *Tribune de Genève* du 12 octobre 1980 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04).

auquel elle consacre son éditorial : celui de « l'absence d'information générale sur le fond du problème » (Tout va bien hebdo, 1980, p. 1). Selon cet éditorial, le rédacteur en chef de la *Tribune de Genève* se serait « lancé dans une campagne de dénigrement contre les médecins progressistes [qui] a focalisé l'attention des Genevois », comme celle de l'ensemble de la presse genevoise. En renonçant « à une véritable information, une information de recherche », la presse genevoise se serait « pliée aux mots d'ordre, aux consignes, aux prières ou aux suggestions des pouvoirs en place, que ce soit le pouvoir politique ou le pouvoir médical ». Ainsi, dans une volonté de rétablir l'équilibre de l'information, voire de la contrebalancer, l'hebdomadaire, outre cet éditorial, consacre deux articles aux recherches de René Tissot. Produits sur la base du dossier de l'Adupsy et de l'AMP, « recoupé par des témoignages directs et des nouveaux éléments d'information », ceux-ci sont rédigés par le journaliste Jean Steinauer.

Pour Steinauer, il existe une continuité évidente entre l'« affaire Alain Urban » et « l'affaire de la recherche » : celle du problème du consentement du malade portant à la fois sur son internement, le choix d'une thérapie et sa participation aux recherches. Et « plus largement vu, c'est l'ensemble des droits et moyens de défense du malade dans l'institution psychiatrique, à l'hôpital particulièrement, qui est au cœur de l'affaire ».

Dans son premier article (1980b), Steinauer invite son lectorat à suivre le protocole d'un examen réalisé dans le cadre des recherches sur la consommation cérébrale : l'examen sur la fixation du tryptophane. Il y confronte alors le déroulement des différentes phases de l'examen, telles que définies (« théoriquement ») par l'équipe de recherche, aux « témoignages » d'infirmier-ères intervenant auprès des patient-es objets de l'examen, et présentés dans le dossier constitué par l'Adupsy et l'AMP. D'après ces témoignages, d'importants manquements au protocole de recherche se présentent dans les faits.

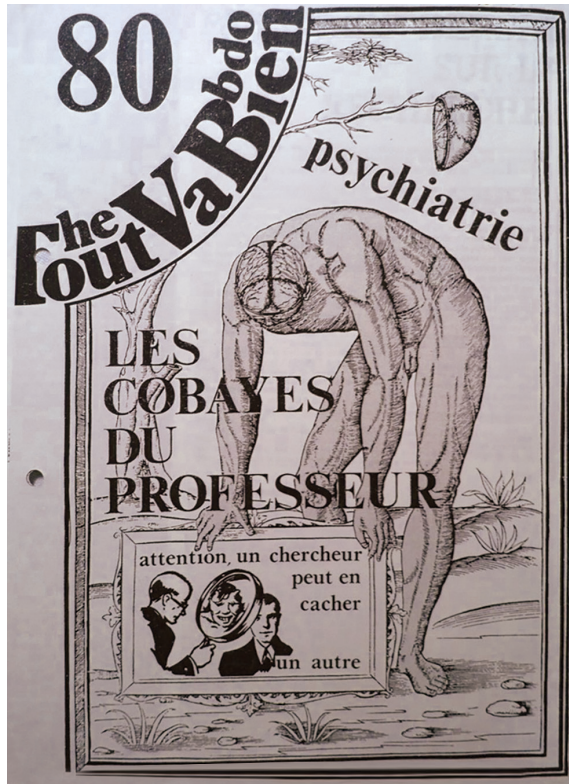


Illustration 7. Page de couverture de *Tout va bien hebdo*, journal suisse de contre-information et de luttes, 17 octobre 1980.

De plus, certain-es patient-es sélectionné-es pour l'examen manifesterait des états d'agitation ou d'angoisse parfois importants, entravant le déroulement de l'examen et les plaçant dans une situation contradictoire par rapport à leurs propres besoins thérapeutiques. Pour chacune des phases de l'examen décrites, le journaliste expose les difficultés à appliquer le consentement libre et éclairé du ou de la patient-e⁷⁵ ainsi que le conflit qu'il peut y avoir entre ses besoins thérapeutiques et les intérêts de l'équipe de recherche. Dans son second article (1980a), Steinauer prolonge la réflexion critique sur les recherches fondamentales dirigées par René Tissot

⁷⁵ Et dans les situations décrites, il ne l'est pas.

et explore la question des intérêts, non seulement scientifiques, mais aussi financiers auxquels elles répondent. Il dénonce un manque de transparence et de contrôle du financement de ces recherches et des comptes liés à cette activité. Le journaliste conclut son enquête sur le constat d'un rapport de force par trop inégalitaire entre le ou la patient·e hospitalisé·e, objet de recherche, et le psychiatre-chercheur pour permettre aux patient·es de faire valoir leurs droits et intérêts :

« On se retrouve alors en présence du tableau suivant. D'un côté, un malade fragile entre tous quant aux moyens de faire valoir clairement et fortement son refus éventuel de participer à une expérience éprouvante. De l'autre, tout le poids d'une institution incarnée par un patron aux manières carrées, ayant assuré ou conquis l'autonomie de ses recherches sur le plan du contrôle éthique aussi bien que sur le pan financier. À votre avis, qui va gagner ? » (Steinauer, 1980a, p. 14).

Débat interne et reconfiguration d'une perspective militante

La stratégie de médiatisation entreprise conjointement par l'AMP et l'Adupsy début octobre 1980 ne produit pas les effets escomptés par les militant·es. Quelques semaines plus tard, en décembre 1980, alors que parmi elles et eux se fait sentir depuis plusieurs mois « la nécessité de produire un bulletin d'*informations*, régulier et à diffuser largement, sur les activités de l'Association et les questions relatives à [s]es activités » (souligné dans l'original⁷⁶) l'Adupsy publie son tout premier bulletin. Les tâches associatives (permanences, réunions de comité) et actions (médiatiques, juridiques) jugées « toujours "urgent[es]" » ont retardé jusqu'ici cette première parution⁷⁷. Bien que l'Adupsy réaffirme à cette période avec force sa volonté de « [b]riser le silence qui existe dans et autour des institutions psychiatriques »

76 Association pour les droits des usagers de la psychiatrie (Adupsy), Genève, décembre 1980, bulletin n° 1, p. 1 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S03). Ce premier bulletin, gratuit, est diffusé à l'ensemble de ses membres et « le plus largement à Genève et ailleurs, et plus particulièrement directement dans les institutions psychiatriques et sociales ».

77 L'Adupsy ne publiera en tout et pour tout que deux bulletins seulement, le second paraissant en mai 1984. L'Adupsy. Quel avenir ?, Genève, mai 1984, bulletin n° 2 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S03).

(souligné dans l'original), les doutes assaillent ses membres quant à l'efficacité des actions entreprises depuis le décès d'Alain Urban et, en conséquence, quant aux démarches à privilégier par la suite.

Revenant sur les différentes actions entreprises depuis le début de l'été, l'Adupsy constate que les réunions régulières, notamment celles consacrées à l'information et à l'organisation du « travail d'enquête sur les circonstances de la disparition d'Alain » ont constitué de « grands moments de solidarité » et que les actions de rassemblement, de dénonciation et médiatisation entreprises au cours de l'été ont reçu dans l'ensemble un accueil favorable : la presse s'indigne dans un premier temps « du silence de Bel-Air », puis publie « des enquêtes et des points de vue favorables à l'Adupsy ». D'autres démarches plus récentes de médiatisation ainsi que les actions initiées dans l'espace pénal n'ont en revanche pas eu les effets escomptés :

« L'enquête pénale, elle piétine. Le dossier d'Alain est mis sous scellé chez le juge d'instruction. Un mystère entoure les travaux du rapport d'autopsie, Bel-Air est muette. Nous apprenons que le juge a entendu le Prof. Tissot et quelques infirmiers de la clinique. C'est tout.

[...] L'Adupsy tient une nouvelle conférence de presse en octobre pour faire le point et livrer ses informations. Aucune n'apparaîtra dans la presse. Elle dénonce aussi la recherche à Bel-Air. Presque rien dans la presse. Même un article injurieux, diffamatoire, méchant, dans la *Tribune de Genève*⁷⁸. »

Le manque de publicisation des questions critiques portées conjointement par l'Adupsy et l'AMP devant les journalistes genevois, ainsi que la non-exploitation médiatique des informations transmises à cette occasion, sont perçus par les militant-es comme un véritable échec générant frustration et inquiétude et provoquant une remise en question du type de stratégie à entreprendre. À la fin de l'année 1980, les militant-es redoutent un relâchement de l'attention de l'opinion publique et un affaiblissement du mouvement généré depuis l'été. La question d'organiser une action publique forte à même de marquer les esprits et de mobiliser à nouveau l'opinion publique est discutée :

78 Association pour les droits des usagers de la psychiatrie (Adupsy), Genève, décembre 1980, bulletin n° 1, p. 7 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S03).

« Le coup est ressenti à l'Adupsy et nous commençons à réfléchir sur une action publique pour qu'Alain ne passe pas dans les oubliettes de la justice. Le rapport d'autopsie est toujours mystérieux, rien ne bouge chez le juge d'instruction, nous sommes sceptiques sur la commission d'Enquête (sic). Mais rien de précis se décide pour une action publique : manifestation, grève de la faim, occupation chez le juge, à l'institut médico-légal, rassemblement à Bel-Air, action hebdomadaire de plusieurs heures sous la fenêtre du juge. Aujourd'hui, le rapport d'autopsie serait chez le juge. Mais rien ne se passe, alors ? Action publique ou pas ? Serons-nous nombreux ? Comment dégager un grand mouvement public de l'Adupsy, donc un esprit de solidarité, de revendication de la vérité sur la mort d'Alain ? Le silence de Bel-Air est lourd de sens ! [...] Nous avons le sentiment que, tout en étant digne, l'Adupsy doit faire éclater la vérité publiquement, la population doit être tenue au courant de l'incompétence de la clinique, toutes les solidarités spontanées de la part d'une grande partie du personnel des institutions, qui a fait confiance à l'Adupsy, ne doivent pas rester sur un silence et un oubli qui commencent à s'amorcer. [...] Il faut maintenant se décider sur un travail, une action publique qui rassemble tous les membres de l'Adupsy dans une démonstration de solidarité pour obtenir la vérité et les changements urgents qui en découleront⁷⁹. »

Mais quel type d'action entreprendre ? Quel degré de radicalité envisager ? Faut-il solliciter l'autorisation des autorités ou au contraire vaut-il mieux s'en passer ? Et quels objectifs et types de discours devraient sous-tendre ou accompagner ces actions ? Les débats qui ont lieu sur ces questions lors des séances du comité et lors de l'assemblée générale du 30 janvier 1981 sont particulièrement vifs parmi les membres de l'association. Des tensions internes se manifestent à leur sujet, y compris au sein du comité.

Pour les membres de l'association fortement ancrés politiquement à gauche, il est temps d'investir des actions avec un degré de radicalité plus élevé (rassemblement ou manifestation non autorisés, actions clandestines illégales, déprédations matérielles, symboles forts par exemple), telles qu'ils et elles en ont fait l'expérience lors de leur socialisation militante antérieure (mouvements antimilitaristes, antinucléaires, féministes radicaux, etc.). L'idée de déposer des cercueils dans la cour de l'hôtel de ville pour symboliser le nombre

79 *Ibid.*, p. 7-8.

de décès à la clinique de Bel-Air depuis le début de l'année 1980 est évoquée⁸⁰. Pas question, le cas échéant, de s'adresser aux autorités pour en demander une autorisation. Afin de mobiliser à nouveau l'opinion publique, de maintenir, voire d'élargir, le mouvement, et d'interpeller les autorités politiques, il est selon elles et eux urgent d'investir dans ce mode d'action.

Pour d'autres membres de l'association en revanche, et notamment pour Rolf Himmelberger qui adresse à ce sujet une note interne à l'ensemble des membres du comité – dont il fait partie – l'association aurait avantage à focaliser ses ressources sur des permanences juridiques et psychosociales destinées aux personnes usagères de la psychiatrie, activités quelque peu délaissées en cette période mouvementée. Bien plus, l'association devrait éviter de prendre position sur des sujets qui, selon lui, se situent en dehors de son périmètre de compétences et tendent à la discréditer :

« [...] je pense que l'Adupsy ne doit défendre que les droits des usagers de la psychiatrie et rien d'autre. Par exemple, l'Adupsy devrait s'abstenir de prendre position dans des affaires d'ordre général concernant, par exemple, la prison, la répression, la gynécologie ou le revenu des médecins. À force de vouloir prendre position dans tout ce qui pourrait, *de loin*, concerner les usagers de la psychiatrie, et toujours de la même manière que les partis de gauche, une partie importante de la population va automatiquement nous prendre, avec raison, pour des gauchistes, ce que je voudrais éviter. [...] Il faudrait également [...] arrê[er] quelque peu de dire que tout est toujours urgent. Car, sous prétexte d'urgence, nous ne prenons pas le temps de la réflexion face à certaines décisions qui sont, malgré tout, très importantes pour l'image de l'Adupsy et l'impact qu'elles donnent dans le public⁸¹. » (Il souligne.)

Pour lui, tout comme pour d'autres membres, l'association devrait se concentrer sur son objectif premier de défense des droits des usagères de la psychiatrie, compris dans un sens essentiellement juridique. Elle devrait éviter de vouloir faire cause commune et

80 Entretien avec Rolf Himmelberger du 12 décembre 2012.

81 « Circulaire aux membres du comité de l'Adupsy. Concerne : dissensions internes » adressée par Rolf Himmelberger, Genève, 20 février 1981, p. 2 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S03).

d'établir des convergences avec d'autres collectifs engagés autour de questions socio-sanitaires, tous fortement marqués à gauche. Finalement, aucun rassemblement et aucune manifestation publics d'envergure n'auront lieu dans les mois qui suivent, ni ultérieurement d'ailleurs. D'autres types d'actions individuelle ou collective auront en revanche lieu durant cette période : des actions de dénonciation dans l'espace public de la ville ou sur le site de la clinique de Bel-Air.



Illustration 8. Tirage photographique représentant une inscription sur un mur du quartier des Grottes à Genève, faisant suite et référence au décès d'Alain Urban à la clinique psychiatrique de Bel-Air.

5.4 Rapport de la commission d'enquête sur les IUPG

Une méthodologie par « témoignages et accumulation de critiques »

Pour mener à bien sa mission, la commission d'enquête est habilitée à recourir à toutes auditions et expertises qui lui paraissent utiles. L'accès aux dossiers de patient-es lui est cependant refusé, tout d'abord par le directeur de la clinique, puis par le Conseil

d'État, qui après avoir consulté le procureur général, lui confirme le droit du directeur de refuser⁸².

La commission d'enquête procède donc essentiellement par audition. Dès le 14 octobre 1980 et jusqu'au 1^{er} septembre 1980 – date à laquelle elle rend son rapport –, elle siège à 46 reprises. Elle entend « sous le sceau du secret » 68 personnes et 4 délégations d'associations. Elle visite également à deux reprises la clinique universitaire de psychiatrie de Bel-Air, sous la conduite de son directeur René Tissot, et deux de ses membres visitent les cliniques psychiatriques universitaires suisses (la commission ne précise toutefois pas lesquelles dans son rapport). La commission est elle-même entendue à deux reprises par le conseiller d'État Aloys Werner et prend connaissance, « soit sur demande, soit spontanément, des informations écrites provenant de spécialistes suisses ou étrangers⁸³ ».

Dans l'exposé de sa réflexion sur les critères pouvant servir à juger du « bon fonctionnement » d'un établissement psychiatrique – l'une des questions sur laquelle elle est appelée à se prononcer –, la commission explique avoir écarté l'appréciation des patient·es et de leur famille, jugeant leurs témoignages et critiques comme emprunts d'une subjectivité nécessairement liée à la maladie mentale ou à ses traitements :

« Peut-être est-il opportun de rappeler ici [...] qu'il serait probablement illusoire de retenir comme indicateur ayant une valeur décisive l'appréciation des patients et de leur famille sur la qualité des soins : des éléments subjectifs liés à la nature même du trouble psychiatrique et aux possibilités thérapeutiques risquent de fausser le jugement des intéressés⁸⁴. »

Autrement dit, l'opinion des patient·es et de leurs proches est disqualifiée par les membres de la commission d'enquête qui préfèrent l'écarter au profit « de la critique et de l'accumulation de témoignages », « spontanés ou sollicités », de soignant·es et de

82 Rapport de la commission d'enquête sur les IUPG, 1^{er} septembre 1981, Mémorial 8 octobre 1981, p. 3744.

83 *Ibid.*, p. 3743.

84 *Ibid.*, p. 3745.

spécialistes, appelé-es à donner leur avis sur différents sujets, dont le séjour des patient-es accueilli-es à la clinique.

Un rapport « accablant »

En septembre 1981, soit un an après sa désignation, la commission d'enquête remet son rapport qui est immédiatement rendu public et publié dans son intégralité – ou presque – dans la *Tribune de Genève* du 15 au 21 septembre⁸⁵.

Dans son rapport, la commission d'enquête livre sa propre interprétation des motifs de la crise des IUPG dont elle situe les sources dans la réorganisation de la direction des établissements psychiatriques opérée en 1977⁸⁶. À la suite du départ de l'ancien directeur Julian Ajuriaguerra, la commission administrative décidait de revoir le système organisationnel en vigueur – soit un directeur unique entouré d'adjoints dirigeant à la fois les services hospitaliers (la clinique de Bel-Air) et les services extrahospitaliers (le CPSU) – pour créer une direction collégiale comprenant, outre le directeur des IUPG, deux nouveaux postes, celui de directeur médical de la clinique de Bel-Air et celui de directeur médical du CPSU. Pour les membres de la commission d'enquête, c'est la bipolarisation entre l'hospitalier et l'extrahospitalier instaurée

85 Seul le préambule du rapport qui rappelle les missions attribuées à la commission et expose le déroulement des travaux et la méthode d'enquête n'est pas publié dans la *Tribune de Genève* (« Le rapport de la commission sur les institutions psychiatriques (2). La critique des soins prodigués à Bel-Air. », 1981 ; « Le rapport de la commission sur les institutions psychiatriques (3). À l'origine des difficultés : le système d'organisation. », 1981 ; « Le rapport de la commission sur les institutions psychiatriques (4). L'orientation de la recherche à Bel-Air. », 1981 ; « Le rapport de la commission sur les institutions psychiatriques (5). Comment le directeur a perdu toute autorité réelle sur Bel-Air. », 1981 ; « Le rapport de la commission sur les institutions psychiatriques (6). Séparer la psychiatrie gériatrique de la psychiatrie adulte. », 1981 ; Martin, 1981 ; « Publication intégrale du rapport de la commission sur les institutions psychiatriques. », 1981. La décision de rendre immédiatement publique ce rapport en le remettant *in extenso* à la presse – le jour même de son dépôt – revient au conseiller d'État Aloys Werner, chef du département de la prévoyance sociale et de la santé publique qui affirme vouloir exercer une politique de transparence et éviter ainsi tout risque de fuite. PV 297-299 de la réunion de la commission administrative des IUPG du 9 septembre 1981 cité dans Steinauer, 1982, p. 37-38.

86 Rapport de la commission d'enquête sur les IUPG, 1^{er} septembre 1981, Mémorial 8 octobre 1981, p. 3748-3750 ; p. 3777.

par le système introduit en 1977 qui entraînait un ralentissement, voire un démantèlement, de la sectorisation et qui, tout autant ou même davantage que les personnalités en place, est responsable des dysfonctionnements institutionnels, en particulier de la rupture de l'hospitalier avec l'extrahospitalier. Conséquence de cette rupture et de l'autorité exercée par le directeur de la clinique de Bel-Air, la psychiatrie hospitalière s'est trouvée relativement isolée et l'évolution des structures fondamentales de l'hôpital est restée limitée⁸⁷. Reposant le plus souvent sur une conception biologique de la maladie, les soins proposés au sein de l'établissement négligent les implications psychosociales et psychothérapeutiques, estiment les membres de la commission :

« Pendant son séjour à l'hôpital psychiatrique, le malade est l'objet de soins dont l'essentiel repose sur une thérapie psycho-pharmacologique, la clinique étant le plus souvent animée par une conception biologique de la psychiatrie, laquelle, sans réfuter ouvertement les implications psychosociales et psychothérapeutiques, leur donne seulement une place marginale, tolérée mais peu élaborée et, surtout, mal intégrée dans un projet thérapeutique individualisé qui, lui-même, fait souvent défaut⁸⁸. »

Comparativement aux thérapeutiques proposées dans les services extrahospitaliers du CPSU, où l'approche est pluridimensionnelle, celles proposées à l'hôpital manquent d'« éclectisme », précisément en raison d'un concept de la psychiatrie jugé trop « étroit » : « Une vue partielle de la psychiatrie s'impose ainsi, non seulement

87 D'après la commission d'enquête, la direction thérapeutique exercée par René Tissoir constitue « un retour » vers une conception de la maladie psychique et de ses traitements telle que Ferdinand Morel, directeur de Bel-Air de 1938 à 1957, l'avait défendue en son temps. À l'évidence, cette remarque de la commission est destinée à souligner qu'une politique de soins centrée sur l'hôpital, fondée en outre sur une conception essentiellement biologique de la maladie et de ses traitements (médicaments psychotropes, cures de sommeil, électrochoc, cure d'insuline, etc.) est révolue. Rapport de la commission d'enquête sur les IUPG, 1^{er} septembre 1981, Mémorial 8 octobre 1981, p. 3751.

88 Rapport de la commission d'enquête sur les IUPG, 1^{er} septembre 1981, Mémorial 8 octobre 1981, p. 3751.

au malade, mais à l'ensemble des soignants. Un schéma rigide s'applique à la maladie et aboutit à des programmes thérapeutiques peu adaptés au malade⁸⁹. »

Parmi les thérapeutiques biologiques prescrites, l'administration des médicaments est jugée prédominante non seulement du point de vue de la fréquence, mais également de la posologie. Les indications aux cures de sommeil, dont l'usage selon les membres de la commission n'est plus qu'exceptionnel dans les établissements psychiatriques suisses, ont semble-t-il été plus larges qu'ailleurs. Les indications aux électrochocs – méthode critiquée de longue date, « parfois de manière abusive et passionnelle », qui, sans être complètement abandonnée dans les autres établissements psychiatriques en Suisse et à l'étranger, tend de plus en plus à être délaissée – auraient-elles été plus larges à la clinique qu'ailleurs ? Faute d'un accès aux dossiers des patient-es, les membres de la commission d'enquête administrative estiment ne pas pouvoir se prononcer. Mais d'après eux, il est évident qu'il a existé un manque de transparence dans l'information livrée à ce sujet « qui a contribué à alimenter les critiques et la défiance envers cette thérapeutique ».

Les mesures d'isolement, qui sont prescrites dans toutes les cliniques psychiatriques universitaires suisses, soulignent les commissionnaires, manquent de « directives claires » à la clinique de Bel-Air⁹⁰. Les chambres d'isolement sont parfois utilisées dans une visée punitive. Ils affirment être frappés par « l'aspect carcéral » et « par l'absence de sonnettes d'appel dans ces cellules ». Le recours fréquent à la chambre d'isolement lors des admissions, font-ils remarquer, dénote de la part de la direction médicale de la clinique une conception générale problématique de la nature de l'hospitalisation psychiatrique :

⁸⁹ *Ibid.*

⁹⁰ *Ibid.*, p. 3755.

« Celle-ci, en effet, est bien comprise comme réalisant une situation de coupure avec le milieu – de dénouement d'une crise – et non comme une modalité d'action particulière dans la continuité des soins dont doit être l'objet le malade mental (dé dramatisation de l'hospitalisation⁹¹). »

Au chapitre consacré au respect de la personne et de l'intégrité du malade, les commissionnaires relèvent un mode d'approche qui sous-estime la prise en compte de la personnalité du patient. L'existence de violences psychologiques et physiques est manifeste, en particulier dans les services de gériatrie et de déficience mentale. À la dénonciation de ces actes de violence s'oppose « la règle du silence qui est imposée à ceux qui voudraient protester⁹² ».

Sur le plan de l'enseignement⁹³, les commissaires relèvent une « prévalence déterminante » de la psychiatrie biologique, de la neuropsychiatrie et de la psychopharmacologie. Ils regrettent l'absence de programmes d'enseignement « réellement éclectiques » qui intègrent d'autres approches : psychiatrie sociale et communautaire ; psychothérapies d'inspirations diverses, en particulier psychanalytique et systémique.

Concernant les recherches menées à la clinique de Bel-Air⁹⁴, les membres de la commission relèvent que les investigations expérimentales – qui, rappellent-ils, ont fait l'objet de la majorité des critiques et posent un réel problème d'éthique – ont été réalisées dans de bonnes conditions s'agissant de l'expérimentation elle-même⁹⁵. Ils émettent toutefois des réserves à l'égard de l'éthique, de la transparence financière et de la valeur des recherches réalisées à la clinique.

91 *Ibid.*, p. 3756.

92 *Ibid.*, p. 3758.

93 *Ibid.*, p. 3762-3764.

94 *Ibid.*, p. 3764-3769.

95 Les membres de la commission émettent toutefois une réserve en soulignant que l'anesthésie générale pratiquée dans ce type d'expérimentation jusqu'en 1979 a occasionnellement été effectuée par des professionnels inexpérimentés. Rapport de la commission d'enquête sur les IUPG, 1^{er} septembre 1981, Mémorial 8 octobre 1981, p. 3769.

L'information des malades et de leurs proches n'a pas toujours été suffisante pour ce qui concerne les recherches psychopharmacologiques. Les protocoles et les projets de recherche effectués depuis 1979 par René Tissot n'ont pas été soumis à la commission d'éthique des IUPG, créée la même année. Les comptes relatifs au financement de la recherche manquent de transparence. Mais ce qui les a le plus étonnés, affirment les commissionnaires, est la faible valeur accordée par les médecins en formation aux recherches effectuées au sein de l'hôpital, alors que de l'avis de plusieurs experts consultés, certains parmi ces travaux – les investigations sur les neurotransmetteurs, l'étude du métabolisme des monoamines, les recherches sur la maladie de Pick et sur le sommeil – sont « de niveau international et connus dans d'autres pays ». Les membres de la commission déplorent que ces recherches ne soient pas utilisées « comme élément dynamisant, stimulant, source d'intérêt et même de fierté » pour les médecins en formation. La recherche, concluent-ils, ne se réalise pas « dans un climat de confiance et de transparence étendu à l'ensemble de la clinique ». Envisagée comme une mesure à la fois de décroisement et de contrôle, les commissionnaires soulignent qu'il serait souhaitable « qu'une partie de la recherche soit subventionnée par le Fonds national de la recherche scientifique qui exercerait alors un contrôle aussi bien sur la valeur que sur l'éthique de la recherche⁹⁶ ».

Les commissionnaires, d'entente avec le conseiller d'État Aloys Werner – un neurochirurgien et ancien directeur de l'hôpital cantonal de Genève, je le rappelle –, avec lequel ils ont échangé au préalable, et dans la prolongation de leur propre interprétation des motifs de la crise qui secouent les IUPG, livrent au terme de leur rapport plusieurs propositions de réformes institutionnelles⁹⁷. Arrêtons-nous ici sur les principales.

Première suggestion : créer une direction administrative entièrement distincte de la direction médicale et supprimer, du côté de

96 Rapport de la commission d'enquête sur les IUPG, 1^{er} septembre 1981, Mémorial 8 octobre 1981, p. 3768.

97 *Ibid.*, p. 3770-3777.

la direction médicale des institutions psychiatriques genevoises, les directions de la clinique de Bel-Air et du CPSU. Selon la commission, le système collégial n'ayant pas fonctionné, il a constitué une véritable entrave à la politique de sectorisation qui, les années précédentes, aurait dû être développée. De l'avis des membres de la commission, il faut donc l'abandonner et créer trois services distincts, dont deux services cliniques devant permettre d'assurer la continuité des soins par un fonctionnement de secteurs à la fois hospitaliers et extrahospitaliers. L'un d'eux doit être placé sous la responsabilité de l'actuel directeur des IUPG, Gaston Garrone, l'autre sous celle de l'actuel directeur du CPSU André Haynal. Le troisième service dont la commission propose la création est un service de recherche, à placer sous la responsabilité de René Tissot puisqu'il « a montré toute sa compétence » dans ce domaine d'activités. La volonté des commissionnaires est claire et affirmée, il y a lieu d'écarter ce dernier de l'ensemble des activités cliniques :

« Le professeur Tissot a, de l'institution psychiatrique, une conception que la commission ne peut pas retenir. En effet, il ne nous paraît pas possible de confier un ensemble important de soins à un représentant d'une conception psychiatrique qui place l'essentiel de l'action thérapeutique à l'hôpital psychiatrique et considère l'extrahospitalier comme accessoire ; il ne peut pas, dans l'activité ambulatoire, exercer des fonctions de direction clinique et d'enseignement. Pour cette raison, la commission estime qu'il faut proposer au professeur Tissot la direction d'un service de recherche, activité dans laquelle il a montré toute sa compétence⁹⁸. »

À noter que les critiques énoncées un an auparavant par l'AMP et l'Adupsy auprès de la presse sur les recherches à la clinique de Bel-Air – critiques également transmises à la commission d'enquête par les deux associations – n'auront en définitive eu que peu d'effets sur les conclusions des travaux de la commission. Pour autant, alors que René Tissot qualifie le rapport de la commission d'enquête de « réquisitoire » dans une lettre ouverte adressée au conseiller d'État Aloys Werner, parue dans la *Tribune de Genève* du 1^{er} octobre 1981 (Tissot, 1981), l'Adupsy exprime sa satisfaction. Le rapport est « accablant », juge-t-elle ; et « pour la première fois, au niveau

98 *Ibid.*, p. 3772.

du pouvoir politique, on admet les carences dans les institutions psychiatriques⁹⁹ ». Du côté de l'Adupsy et de ses alliées, l'heure est à l'espoir de voir naître une remise en question fondamentale du dispositif institutionnel et des pratiques thérapeutiques, si ce n'est de recherche¹⁰⁰.

La clinique de Bel-Air : une exception ou « le symptôme d'un mal plus général » ?

Le rapport rendu par la commission d'enquête – reconnue de toute part pour être critique à l'égard du fonctionnement des institutions psychiatriques genevoises, particulièrement envers le directeur médical de la clinique de Bel-Air et les thérapeutiques appliquées dans cet établissement – pourrait laisser croire que cet établissement constitue une exception au regard des autres cliniques psychiatriques publiques en Suisse.

Or, pour le conseiller d'État Aloys Werner qui s'exprime publiquement lors de la présentation dudit rapport, et dont le *Journal de Genève* relaie les propos à ce sujet, il n'en est rien :

« On aurait tort de croire que ces pratiques [violence psychologique et brutalité] sont spécifiques à la clinique de Bel-Air. Elles sont inadmissibles, certes, mais d'autres hôpitaux psychiatriques sont exposés à ce genre de problème. » (Bimpage, 1981a)

Pour le journaliste du *Journal de Genève* Serge Bimpage (1981b), « les passions » déclenchées par « l'affaire Bel-Air » et « l'acharnement à [en] crever l'abcès » indiquent que celle-ci est le signe « d'un mal beaucoup plus généralisé : celui du retard de la psychiatrie

99 « La psychiatrie à Genève, une crise ou une remise en question plus fondamentale ? », mars 1982 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S05).

100 Des membres du comité de l'Adupsy tentent encore d'intervenir auprès du rédacteur en chef de la *Tribune de Genève* George-Henri Martin qui, un an auparavant, après avoir refusé de relayer les critiques adressées par l'AMP et l'Adupsy à l'encontre des recherches effectuées à Bel-Air, avait affirmé être d'accord de les publier une fois le rapport d'enquête rendu. Mais leur demande reste lettre morte. Et la *Tribune de Genève*, en dehors d'un bref éditorial, des six articles consacrés exclusivement à la publication du rapport et à un glossaire, et de la publication de la lettre ouverte de René Tissot, garde pour un temps le silence.

institutionnelle » en Suisse. D'après lui, la clinique genevoise « n'est pas si différente » des autres hôpitaux psychiatriques suisses « où de tels événements auraient pu aussi bien se produire ».

Situant la clinique de Bel-Air en même temps que les hôpitaux psychiatriques suisses au sein d'une histoire longue de l'hôpital psychiatrique et de ses transformations – de ses origines, au lendemain de la Révolution française, aux années 1960-1970 en Grande-Bretagne, aux États-Unis, en Italie et en France –, le journaliste souligne qu'en Suisse, à la différence notamment de l'Italie ou de la France, « l'avènement de la sectorisation y fut beaucoup plus tardif et moins massif ». Ce retard dans la transformation de l'hôpital psychiatrique – une structure qualifiée d'« anachronique » – est d'après lui à mettre sur le compte du « légendaire confort de la médecine helvétique [qui] a fait que nous nous sommes cantonnés dans la gestion de nos acquis psychiatriques traditionnels ». Aussi, selon lui :

« La situation psychiatrique en Suisse fait apparaître une structure, et souvent une pratique hospitalière généralement fondée sur le traditionnel "hôpital lourd", et les séjours de longue durée. Genève n'a pas échappé à la tentation plus réformiste que radicale, d'améliorer plutôt que de transformer les structures hospitalières de base. » (Bimpage, 1981, p. 17)

On aurait toutefois tort, ajoute-t-il, de juger la clinique de Bel-Air et les institutions psychiatriques genevoises comme étant en retard sur celles des autres cantons. La sectorisation qui a été décidée en 1976 conduit au contraire à juger qu'elles sont « en avance », défend-il. Mais alors, dans ce cas, « pourquoi l'affaire Bel-Air ? ». Parce que – paradoxe en apparence uniquement – « Genève compte parmi les cantons les plus progressistes et les plus largement influencés par les divers courants de la psychiatrie et de l'antipsychiatrie ». La nouvelle génération de psychiatres et la population genevoise bénéficient en outre d'exemples de services extrahospitaliers – rattachés au CPSU – en lesquels croire. Aussi, d'après le journaliste qui ne manque par ailleurs pas de forcer le trait des propositions

de réformes des membres de la commission d'enquête, l'avenir des institutions psychiatriques genevoises s'annonce prometteur :

« Si la commission administrative de Bel-Air (présidée par M. Werner), chargée de présenter un plan de réorganisation au Conseil d'État persiste dans ce sens, Genève pourra se targuer d'être l'un des premiers cantons à fermer son hôpital psychiatrique et à posséder une structure hospitalière de pointe. » (Bimpage, 1981, p. 17)

Bien entendu, il ne s'agit nullement – comme cela s'est produit depuis peu en Italie – de fermer entièrement l'hôpital psychiatrique, élément bien compris du journaliste Serge Bimpage qui de toute évidence souhaite par la radicalité de ses propos mettre en valeur le potentiel « avant-gardiste » de la réforme qui s'annonce. Ce jugement positif porté sur les mesures de réformes annoncées, les directeurs des hôpitaux psychiatriques de Suisse romande sont cependant loin de le partager.

Quand l'« affaire Bel-Air » alerte le monde des psychiatres romandes et étrangers

Auditionnés à leur demande par la commission administrative des IUPG le 17 novembre 1981 (Steinauer, 1982 ; Werner, 2002, p. 54), soit peu après la publication dans la presse du rapport d'enquête et des articles de journaux parus dans la foulée, une délégation de directeurs et de cadres d'hôpitaux psychiatriques de quatre cantons romandes manifestent leur vif mécontentement et leur opposition aux mesures qui y sont préconisées.

Devant les membres de la commission présidée par le conseiller d'État Aloys Werner – neurochirurgien et ancien directeur de l'hôpital cantonal à Genève rappelons-le –, ceux-ci déplorent la publicité faite au rapport d'enquête et aux critiques émises par l'Adupsy et le journal *Tout va bien*¹⁰¹. Cette « affaire » fait « beaucoup de mal et désécurise aussi bien des malades que leurs familles et le personnel soignant », dénonce Ralf Winteler, médecin-chef à l'hôpital de

101 PV 404 de la réunion de la commission administrative des IUPG du 17 novembre 1981, cité dans Steinauer, 1982, p. 154-159.

Perreux (Neuchâtel). Elle « retentit sur toute la psychiatrie suisse », ajoute-t-il. Le directeur médical de Cery (Vaud), Christian Müller, estime quant à lui que le rapport contient des éléments pouvant se retrouver au sein de son établissement. Or, selon lui, ceux-ci ne peuvent servir à juger du fonctionnement d'un hôpital ou de la qualité des soins. Les membres de la commission doivent être conscient-es « des retombées importantes qui peuvent se produire sur la psychiatrie suisse », prévient-il. D'une façon générale, soutient Ralph Winteler, « les médecins-chefs de toute la Suisse » s'opposent à une direction administrative distincte d'une direction médicale :

« On ne peut calquer un hôpital psychiatrique sur un hôpital physique. En psychiatrie c'est une unité en elle-même et il pense que le médecin responsable doit être un médecin-directeur. Le médecin est le seul qui puisse défendre les malades face aux autorités¹⁰². »

Concernant la clinique de Bel-Air, la direction doit rester médicale et doit rester dans les mains de René Tissot, plaide-t-il. Jean Rey-Bellet, directeur médical de l'hôpital de Malévoz (Valais), ajoute déplorer les attaques – qu'il perçoit comme étant personnelles – à l'encontre de leur collègue ainsi que la condamnation, selon lui, par les membres de la commission d'enquête de l'école organiciste à laquelle Tissot appartient, école jugée inférieure aux autres d'après lui. Face au conseiller d'État et autres membres de la commission, le directeur de l'hôpital de Marsens (Fribourg), Maurice Rémy, en appelle par ailleurs aux autorités pour qu'elles soutiennent les responsables des hôpitaux psychiatriques plutôt que de les vouer aux gémonies.

Quelques semaines plus tard, fin janvier 1982, ce sont quelque 24 psychiatres étrangers de 7 pays européens, du Brésil et des États-Unis qui, dans une « tribune libre » publiée dans le quotidien français *Le Monde*, critiquent à leur tour le rapport des enquêteurs et les réformes envisagées (Berner *et al.*, 1982). Au nombre des signataires figurent Peter Berner : titulaire de la chaire de psychiatrie

¹⁰² *Ibid.*, p. 156.

à l'université de Vienne et secrétaire général de l'Association mondiale de psychiatrie ; les très connus Pierre Deniker – président du Collègue français des professeurs de psychiatrie – et Pierre Pichot de l'hôpital Saint-Anne à Paris ; Daniel Wildlöcher de la Salpêtrière ; et Steven Hirsch de Londres connu dans le monde de la psychiatrie pour ses travaux sur la schizophrénie¹⁰³. Avant de manifester leur soutien à celui qui est encore le directeur de la clinique de Bel-Air, René Tissot, les signataires exposent les raisons pour lesquelles ils ont décidé de prendre publiquement position sur ce rapport :

« La publication du rapport de la commission d'enquête constituée par le Conseil d'État du canton de Genève devient, du fait même de cette publication, un événement qui dépasse le cadre du canton de Genève, parce que ce rapport prend position en faveur d'une certaine orientation de la psychiatrie, en même temps qu'il émet les plus expresses réserves quant à une autre orientation. » (Berner *et al.*, 1982)

D'après eux, la commission jugerait la sectorisation comme étant « la seule forme d'assistance psychiatrique » possible. Elle opposerait une psychiatrie « ambulatoire, insérée dans la communauté et pratiquement détachée de la médecine » à une « psychiatrie plus médicale, utilisant des médicaments » dont le seul objectif serait de faire disparaître les symptômes. Cette idée « d'un traitement purement symptomatique » se fonde sur une hypothèse dont les psychiatres signataires de la tribune souhaitent rappeler et défendre la validité :

« À l'heure actuelle, grâce au travail conjoint des fondamentalistes et des cliniciens, l'hypothèse d'une perturbation du jeu normal des neuro-médiateurs dans les psychoses apparaît comme un ensemble vivant qui tient compte du passé et du vécu actuel. Les auteurs du rapport émettent des réserves sur la validité d'un tel concept : il n'a en tout cas jamais été invalidé et il s'enrichit d'année en année, permettant à un nombre croissant de malades de reprendre une vie normale. » (Berner *et al.*, 1982)

103 La liste complète des signataires est la suivante : P. Berner (Vienne), Ballus-Pascual (Barcelone), Steven R. Hirsch (Londres), F. Alonso-Fernandez (Madrid), A. M. Ruiz-Mateus (Madrid), Costa E. Silva (Rio de Janeiro), D. H. Helmann (Munich), J. Mendlewicz (Bruxelles), P. Deniker, Agr. H. Lôo, P. Pichot, D. Widlöcher, Th. Lemperrière, A. Féline, A. Tatossian (Marseille), J.-Cl. Scotto (*id.*), H. Luccioni (*id.*), L. F. Guyral (Toulouse), Y. Pélicier, Q. Debray, C. Koupernik (Collège de médecine), A. F. de Fonceca (Lisbonne), Sir Martin Roth (Cambridge), Ronald Fieve (New York).

Quittant le registre interprétatif d'un conflit d'orientations psychiatriques, les signataires évoquent l'activité de recherche de René Tissot pour critiquer l'idée de lui ôter toute responsabilité clinique et pour défendre l'autonomie du chercheur quant à l'accès direct aux patient-es, sujets de recherche :

« La commission [...] tout en reconnaissant les qualités du Pr R. Tissot, entend désormais le couper de toute activité clinique, le confinant dans un laboratoire. Nous pensons qu'en retirant à un clinicien tel que lui tout accès à sa clinique, on ne peut que tarir sa recherche. » (Berner *et al.*, 1982)

En résumé, deux craintes et une mise en garde s'expriment dans les propos tenus dans cette tribune qui conteste les travaux de la commission d'enquête et des réformes qui pour les signataires « sanctionnent » leur confrère. La première crainte est celle de voir la place et la légitimité d'une psychiatrie biologique amoindrie au sein des établissements psychiatriques. La seconde crainte est celle de perdre un accès privilégié – autrement dit un accès direct et relativement peu contrôlé – aux patient-es, ressource jugée non seulement indispensable, mais surtout disponible, pour mener à bien les activités de recherche en question. Finalement, c'est aussi une mise en garde qui est adressée au nouveau conseiller d'État genevois Jacques Vernet qui, depuis les élections de 1981, a succédé à Aloys Werner à la tête du département de la prévoyance sociale et de la santé publique : si les autorités politiques venaient en définitive à suivre la proposition de la commission d'enquête et à couper au chercheur incriminé tout accès direct aux patient-es de la clinique, elles pourraient, selon les signataires, sacrifier des recherches dont l'importance est reconnue internationalement (Berner *et al.*, 1982 ; Martin, 1982).

Face à ces inquiétudes, le conseiller d'État, dont les propos sont eux aussi relayés dans la presse locale, réagit vivement :

« Nous ne sommes pas aux arènes de Barcelone ! Il ne s'agit pas de savoir qui va l'emporter dans ce que d'aucuns considèrent comme une bataille. Je veux délibérément diminuer la portée de tout conflit possible dans l'état des structures actuelles, qui centralisent le pouvoir psychiatrique autour de trois ou quatre personnes. » (Bimpage, 1982a)

Tout en affirmant considérer que « c'est l'intérêt des patients qui doit être primordial en cette affaire », Jacques Vernet se défend de vouloir freiner la recherche fondamentale et d'entraver l'accès de René Tissot aux patient-es. Selon lui, cet accès reste toutefois à définir et la commission d'éthique, composée exclusivement de médecins, et qui jusque-là n'a pas encore vraiment été opérationnelle d'après lui, devrait être revue. Le conseiller d'État cherche également à calmer la crainte manifestée par les vingt-quatre psychiatres dans leur tribune du quotidien *Le Monde* de voir la place de la psychiatrie biologique réduite : « les trois tendances de la psychiatrie actuelle (psychanalytique, sociologique et biologique) doivent coexister et il n'est pas question que l'une domine les autres ». Réfutant ainsi l'existence d'un conflit d'orientations psychiatriques, il affirme sa résolution d'engager des réformes structurelles sur deux aspects :

« Pour toutes ces raisons, je serai ferme sur deux points : la séparation administrative et médicale. Car nous ne sommes plus au temps de l'« asile à papa ». Devant l'éclatement du nombre des services, des médecins et des patients, je me demande bien comment il est possible de faire du bon travail en cumulant les fonctions. Le deuxième point, c'est celui de la polarisation de l'extrahospitalier et de l'intrahospitalier, qu'il s'agit de supprimer, car elle est incapable d'assurer la continuité des soins. » (Bimpage, 1982a)

L'intervention des psychiatres étrangers signataires de la tribune dans *Le Monde* ne ralentira toutefois pas la planification des réformes, et quelques semaines plus tard, soit en mars 1982, le conseiller d'État Jacques Vernet annonce publiquement les décisions prises.

5.5 Critique de la réforme de 1982 et nouvelle stratégie militante

Les réformes annoncées suivent les principales propositions faites par la commission d'enquête dans son rapport : suppression des directions médicales (hospitalière et extra-hospitalière) ;

instauration d'une direction administrative des IUPG¹⁰⁴ ; et création de six services médicaux, dont un service de recherche biologique et pharmacologique comprenant dix à vingt lits environ, appelé à être dirigé par René Tissot¹⁰⁵.

Pour le président de la commission administrative des IUPG, le conseiller d'État Jacques Vernet, cette réorganisation a pour fin de mettre en œuvre la sectorisation et d'assurer la continuité entre les différentes structures de soins des IUPG. Le canton est dès lors divisé en trois régions géographiques – les Pâquis, la Jonction et les Eaux-Vives – chacun de ces secteurs disposant de structures d'accueil et de soins ambulatoires en ville (hôpital de jour, centre de crise, atelier d'ergothérapie, service social, etc.) et de services hospitaliers à la clinique de Bel-Air, une même équipe soignante étant chargée d'assurer la continuité des soins à la clinique et en ville.

Une réforme critiquée de toutes parts

René Tissot réagit vivement à cette annonce de réorganisation de la psychiatrie genevoise. Dans une lettre au Conseil d'État dont plusieurs extraits sont publiés dans la *Tribune de Genève* du 2 avril 1982, il déplore tant le fond de cette réforme que la façon dont elle a été conduite (Tissot, 1982). Contestant la valeur du rapport rendu par la commission d'enquête, Tissot s'en prend au conseiller d'État chargé alors du département de la santé et de la prévoyance sociale, le neurochirurgien Aloys Werner, en dénonçant la contrainte que ce dernier a exercée selon lui sur la commission d'enquête, pressée de rendre son rapport et obligée à le rendre public. La commission

104 Le poste de directeur général des IUPG est alors attribué à Joseph Villat, ancien secrétaire romand du syndicat des services publics (VPOD) et directeur administratif de la clinique de Bel-Air depuis 1976 (Cuénod, 2003, p. 151).

105 Les cinq autres services sont : deux services de psychiatrie générale (l'un dirigé par Gaston Garrone, l'autre par André Haynal), un de déficience mentale, un de psychogériatrie, et de psychiatrie et de psychologie médicale à l'Hôpital cantonal. Ce dernier est un nouveau service créé à l'intérieur de l'Hôpital cantonal visant à répondre à la demande des somaticiens. Un collège composé des médecins-chefs des six services nouvellement définis est également mis en place dès le 1^{er} mai 1982 (Brulhart, 2003b, p. 293).

d'enquête aurait fait preuve de négligence en omettant de consulter nombre d'experts qu'il leur avait pourtant indiqués (parmi lesquelles Pierre Deniker, président du Collège français des professeurs de psychiatrie, et Paul Castaigne, titulaire de la chaire de neuropsychiatrie à la Salpêtrière). Les décisions de réorganisation des IUPG sont fondées, selon lui, sur des « accusations » de la part de la commission d'enquête qu'il dénonce être « erronées pour ne pas dire calomnieuses » à l'encontre de la clinique de Bel-Air. Elles font en outre entièrement fi de ses propres propositions. Le choix de lui retirer toute activité clinique est particulièrement infondé regrette-t-il. Concernant la décision de nommer un directeur administratif unique, sous l'autorité duquel seront placés les médecins-chefs de services de psychiatrie, René Tissot met en garde le Conseil d'État : « C'est la voie de la psychiatrie des régimes totalitaires. » Il juge finalement la réorganisation des IUPG autour de six services de psychiatrie de manière très radicale : pour lui, il s'agit d'un démantèlement de la psychiatrie publique genevoise.

L'annonce des réformes suscite également des prises de position publiques de la part de l'Adupsy (Cuénod, 1982a) et de l'AMP (Association des médecins progressistes, 1982 ; Cuénod, 1982b), ainsi que du groupe syndical VPOD/Bel-Air qui adresse aussi une lettre ouverte au Conseil d'État (Bimpage, 1982d). D'après l'AMP et l'Adupsy, la réorganisation des IUPG exprime la volonté de la commission administrative d'avant tout répartir le territoire et de proposer un compromis dans le but de tempérer les luttes de pouvoir parmi les cadres des IUPG. Le groupe VPOD partage aussi cet avis sur les motifs au fondement de cette réorganisation :

« [L]es graves problèmes qui ont abouti à la crise, les conclusions de la Commission d'enquête qui étaient accablantes pour les responsables médicaux, et montraient le mauvais fonctionnement des IUPG, tout cela s'est éclipsé pour laisser place à des conflits de pouvoir. »

Les réformes communiquées ne traduisent pas une politique de soins en santé mentale cohérente, en phase avec les besoins de la population genevoise, protestent conjointement l'AMP et le syndicat

VPOD. À l'exception de ce dernier, la commission administrative s'est limitée à consulter les autorités médicales et administratives et n'a pas entendu les associations ou groupes directement concernés par cette réorganisation, déplore pour sa part l'Adupsy¹⁰⁶. Selon elle, le projet de réforme évite d'aborder les questions de fond, notamment celles relatives à la recherche (Cuénod, 1982a). La création d'une unité hospitalière de recherche dans le cadre d'une réforme guidée par le principe de la sectorisation est « pour le moins paradoxale », déplore aussi l'AMP, puisque cette décision vient renforcer le pôle hospitalier alors que la priorité devrait précisément être accordée aux soins ambulatoires (Association des médecins progressistes [AMP], 1982 ; Bimpage, 1982d). Perçue comme une petite clinique à l'intérieur de la clinique de Bel-Air par l'Adupsy et la VPOD, cette unité de recherche est aussi critiquée dans ses modalités de fonctionnement par cette dernière lors d'une conférence de presse :

« [A]lors que la recherche en psychiatrie devrait être diversifiée et transparente, voilà qu'on nous impose une unité spéciale de la recherche, une clinique dans la clinique, dont les modalités de fonctionnement et de création restent obscures et inquiétantes. L'existence de cette unité pourrait bien confiner à la recherche en vase clos » (Cuénod, 1982b).

Pour l'Adupsy, il n'est en outre pas question que l'ancien directeur de Bel-Air, nommé responsable de cette unité, puisse disposer de lits, tant que l'instruction pénale concernant le décès d'Alain Urban n'est pas terminée (Cuénod, 1982a). Bien que toutes ses recherches doivent désormais obligatoirement être soumises au contrôle du CSP et de la commission d'éthique (Bimpage, 1982c) – cette dernière étant par ailleurs appelée par le Conseil d'État à être réformée pour mieux fonctionner (Bimpage, 1982b) –, l'AMP déplore l'insuffisance des décisions prises en matière de respect des droits des patient-es.

106 « La psychiatrie à Genève, une crise ou une remise en question plus fondamentale ? », mars 1982 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S05).

De plus, le *groupe VPOD/Bel-Air* saisit l'opportunité qu'offre ce contexte de réformes pour réitérer une série de revendications, élaborées dans les années 1970 déjà (Dotti, 2018, p. 31). Se trouvent, parmi celles-ci : le développement de structures ambulatoires comprenant la création de nouveaux centres de crise intégrant du personnel infirmier ; l'augmentation des effectifs soignants – revendication également portée par l'AMP – ; le droit à une formation préparant aux changements et favorisant « un débat sur la politique de psychiatrie au sein des équipes » (Bimpage, 1982d). Convergeant vers les revendications juridiques portées par l'Adupsy depuis sa création, la VPOD demande aussi la révision partielle 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 1979¹⁰⁷. De manière plus générale, l'Adupsy déplore que les réformes n'aient pas fait l'objet d'« un large débat populaire » (Cuénod, 1982a).

Dans un document produit au moment de l'annonce de la réorganisation des IUPG en mars 1982, l'Adupsy s'interroge sur les graves tensions qui traversent ces institutions et sur la réforme annoncée en guise de réponse : assiste-t-on en définitive à « une crise ou une remise en question plus fondamentale » ? Pour l'association, la réponse est claire, il s'agit bien d'une crise et il n'y aura pas de remise en question fondamentale. Et de s'indigner une nouvelle fois et de manifester sa colère : « De qui se moque-t-on ? Il est des limites à l'hypocrisie, il est des limites à l'injustice, la colère n'est parfois pas meilleure conseillère, mais elle est parfois nécessaire¹⁰⁸. » Une nouvelle fois, des sentiments moraux (colère et indignation) sont produits et mis en circulation dans cette situation, réactivant d'autant cette économie morale déjà évoquée plus haut.

107 Plus spécifiquement, la VPOD/Bel-Air demande la révision des articles 23 sur le droit de retenir contre son gré une personne entrée volontairement et l'article 10 régissant la dérogation à l'obligation de livrer un certificat médical avant toute admission non volontaire.

108 « La psychiatrie à Genève, une crise ou une remise en question plus fondamentale ? », mars 1982, p. 7 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S05).

Cette colère se trouve à l'évidence être partagée par les militantes d'un autre collectif, déjà évoqué au terme du chapitre quatre de cet ouvrage¹⁰⁹. En effet, peu après l'annonce de réorganisation des IUPG par le Conseil d'État, « Femmes à la folie, collectif féministe contre la violence psychiatrique » entreprend, en signe de protestation, d'incendier la voiture de l'ancien directeur de la clinique et nouveau responsable de l'unité de recherche en biologie et pharmacologie dès le 1^{er} mai 1982. Dans le communiqué qu'elles adressent aux quotidiens genevois, les militantes expliquent :

« Nous femmes, qui sommes les premières clientes et soignantes de la psychiatrie genevoise, nous n'avons pas oublié Alain (Urban) ni toutes nos amies et amis qui sont sortis de Bel-Air, meurtris par des électrochocs, des cures d'isolement et des neuroleptiques » (cité par Steinauer, 1982, p. 118) (l'ajout entre parenthèses est de Steinauer).

Et d'ajouter : « Pour marquer l'aboutissement des efforts pour la restructuration de la psychiatrie genevoise, nous avons incendié cette nuit la voiture du Dr Tissot, ancien directeur de la Clinique de Bel-Air¹¹⁰. » Pour l'Adupsy, tout comme pour ce collectif féministe – moins visible dans l'espace médiatique, mais pas moins radical dans ses actions – la réforme des IUPG annoncée par le Conseil d'État n'est pas à la hauteur de leurs attentes.

Un mois après l'annonce officielle de cette réorganisation, le 28 avril 1982, le Conseil d'État entreprend de rendre réponse à la pétition de l'Adupsy déposée immédiatement après le décès d'Alain Urban, près de deux ans plus tôt¹¹¹. Dans sa pétition du 1^{er} juillet

¹⁰⁹ Voir page 213.

¹¹⁰ « La voiture du professeur Tissot incendiée. », 1982.

¹¹¹ Pétition au Grand Conseil de l'Adupsy (P 441), juillet 1980. Annexe I au « Rapport de la commission des pétitions sur la pétition de l'Adupsy concernant la clinique psychiatrique de Bel-Air à l'occasion d'événements survenus en juin 1980. (P 441) », 25 mars 1981. www.rolfhimmelberger.ch/?page_id=384. « Rapport de la commission des pétitions sur la pétition de l'Adupsy concernant la clinique psychiatrique de Bel-Air à l'occasion d'événements survenus en juin 1980. (P 441) », 25 mars 1981. www.rolfhimmelberger.ch/?page_id=384. « Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur la pétition de l'Association pour les droits des usagers de la psychiatrie (Adupsy) (P 441-A) », 28 avril 1982. www.rolfhimmelberger.ch/?page_id=384.

1980, rappelons-le, l'Adupsy en appelait au Conseil d'État et au Grand Conseil pour que des mesures d'urgence soient prises afin de réaliser un contrôle « strict et efficace » de l'activité de la direction et des médecins de la clinique de Bel-Air. Plus spécifiquement, l'Adupsy demandait une réglementation sur les traitements et les études expérimentales en recherche – cette revendication impliquant une révision de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques (K 1 25) adoptée six mois plus tôt, le 7 décembre 1979 –, l'abolition des « cellules » d'isolement, le consentement du ou de la patient-e en cas de traitement à haut risque (cure de sommeil, neuroleptiques à haute dose, électrochocs notamment) et un contrôle systématique de ces traitements par des médecins-internistes¹¹².

Dans sa réponse écrite, le Conseil d'État considère que l'instauration de la commission d'enquête à la fin de l'été 1980, le rapport produit par celle-ci, rendu par ailleurs public, ainsi que la réforme des IUPG élaborée par les présidents successifs du département de la prévoyance sociale et de la santé publique, Aloys Werner et Jacques Vernet, constituent en eux-mêmes une réponse aux préoccupations de l'Adupsy sur le fonctionnement et l'avenir de la psychiatrie institutionnelle dont lui a fait part la commission des pétitions, initialement chargée de l'examen de cette pétition et d'y apporter réponse¹¹³. Pour le surplus, le Conseil d'État refuse catégoriquement d'entrer en matière sur une révision de la loi de décembre 1979 (K 1 12) : « La légitimité et la conformité de cette loi avec notre ordre constitutionnel et la Convention européenne des droits de l'homme ne sont pas discutables¹¹⁴. » Il se refuse également à intervenir dans la régulation des différentes thérapeutiques

112 Pétition au Grand Conseil de l'Adupsy (P 441), juillet 1980. Annexe I au « Rapport de la commission des pétitions sur la pétition de l'Adupsy concernant la clinique psychiatrique de Bel-Air à l'occasion d'événements survenus en juin 1980. (P 441) », 25 mars 1981. www.rolfhimmelberger.ch/?page_id=384.

113 « Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur la pétition de l'Association pour les droits des usagers de la psychiatrie (Adupsy) (P 441-A) », 28 avril 1982. www.rolfhimmelberger.ch/?page_id=384.

114 *Ibid.*, p. 2.

mises en cause par l'Adupsy et ses allié-es (« cellules » d'isolement et traitements à haut risque, y compris mesures de contrôle), se limitant à affirmer faire part de « ces problèmes » au collège des chefs de service des IUPG nouvellement créé « afin qu'une attention très particulière [leur] soit portée¹¹⁵ ». Quant au cas spécifique des circonstances du décès d'Alain Urban, à l'origine même du dépôt de cette pétition, le Conseil d'État invoque la séparation des pouvoirs – le dossier est « entre les mains de la justice » – pour se refuser à tout commentaire. Pour les pouvoirs politiques – Grand Conseil et Conseil d'État – la crise qui secoue les IUPG depuis près de deux ans trouve en définitive une réponse et un dénouement dans la réforme qui, à partir du 1^{er} mai 1982, est appelée à être mise en œuvre.

Contre-récit de crise et lancement d'une initiative populaire

À l'automne 1982, le 25 septembre, dix-sept associations et organisations politiques, dont l'AMP, l'Adupsy et l'Association des juristes progressistes (AJP), lancent une initiative populaire « Pour les droits des malades » (Brulhart, 2003b, p. 151 ; Dotti, 2018, p. 32 ; Guillod et Hänni, 2001, p. 14 ; « Le malade a le droit de savoir », 1982 ; Steinauer, 1982, p. 151¹¹⁶). Cette initiative cantonale est une conséquence directe de la crise de la psychiatrie institutionnelle survenue à la suite du décès d'Alain Urban (Steinauer, 1982, p. 151). L'idée d'étendre et de renforcer les droits juridiques des

115 *Ibid.* Dans son rapport du 25 mars 1981, la commission des pétitions avait elle aussi refusé de se prononcer en la matière, estimant notamment ne pas avoir « les moyens nécessaires » pour prendre position « sur de thérapeutiques aussi spécialisées ». « Rapport de la commission des pétitions sur la pétition de l'Adupsy concernant la clinique psychiatrique de Bel-Air à l'occasion d'événements survenus en juin 1980. (P 441) », 25 mars 1981, p. 6. www.rolfhimmelberger.ch/?page_id=384.

116 Ce comité d'initiative comprend des représentant-es des associations et organisations suivantes : Fédération genevoise des syndicats chrétiens ; Parti socialiste genevois ; Parti du travail ; Union des syndicats du canton de Genève ; AMP (Association des médecins progressistes) ; Association suisse des infirmières et infirmiers, section de Genève ; Avivo (Association des vieillards, invalides, veuves et orphelins) ; Commis de Genève ; AJP (Association des juristes progressistes) ; Mouvement populaire des familles ; Parti socialiste ouvrier ; Adupsy ; Comité de lutte des handicapés ; Frondeuses ; Front rouge ; Ligue suisse des droits de l'homme, section Genève ; Centre de contact suisse-immigrés. L'Adupsy. Quel avenir ?, Genève, mai 1984, bulletin n° 2, p. 8 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S03).

patient·es en passant par un vote populaire a émergé un an plus tôt au sein de l'AMP, au moment précisément où le rapport de la commission d'enquête était rendu public. L'AMP a rapidement été rejointe par l'Adupsy et par l'AJP qui lui offrent ses compétences juridiques et son soutien¹¹⁷. Les principales dispositions du texte d'initiative, déposé le 13 janvier 1983, portent sur le droit à l'information (sur le diagnostic, le traitement et ses risques), celui de consulter son dossier médical, et celui de choisir comme de refuser un traitement. Le texte comprend également des dispositions sur l'obligation pour le médecin d'obtenir un consentement écrit du ou de la patient·e qui participe à des recherches scientifiques, sur l'interdiction de traitements psychiatriques spécifiques (la psychochirurgie¹¹⁸ et les « cellules d'isolement à caractère carcéral »), ainsi que des dispositions visant à rendre l'hospitalisation non volontaire plus difficile¹¹⁹.

Deux mois plus tard, alors que la récolte de signature bat son plein, Jean Steinauer présente l'ouvrage qu'il publie en collaboration avec l'Adupsy et avec le journal pour lequel il travaille, l'hebdomadaire *Tout va bien*. Dédié à la mémoire du jeune homme Alain Urban, le livre contient en annexe le texte commenté de l'initiative « Pour les droits des malades ». Intitulé *Le Fou du Rhône : documents sur la crise psychiatrique genevoise* (Steinauer, 1982), cet ouvrage de 170 pages livre un contre récit à la thèse défendue publiquement par la commission d'enquête et les conseillers d'État successifs des causes de la crise de la psychiatrie institutionnelle à Genève.

117 L'Adupsy. Quel avenir ?, Genève, mai 1984, bulletin n° 2, p. 8 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S03).

118 Je précise que la psychochirurgie qui a été pratiquée en psychiatrie à Genève ne l'est plus lorsque cette initiative est lancée en 1982.

119 Ces dispositions exigent pour les cas d'entrée non volontaire, l'avis de deux médecins extérieurs à l'établissement psychiatrique. À noter que les dispositions qui ne sont pas spécifiques à la psychiatrie concernent l'ensemble des patient·es et du personnel de santé (soins généraux et psychiatrie). L'Adupsy. Quel avenir ?, Genève, mai 1984, bulletin n° 2, p. 8 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S03).

Les motifs de la crise ne sont pas à chercher dans les structures, dénonce le journaliste. Si la réorganisation de la direction des IUPG effectuée en 1976 a effectivement pu engendrer des dysfonctionnements, la crise institutionnelle tient en définitive « à une conception et à une pratique abusives du pouvoir psychiatrique », affirme-t-il dès les premières lignes (Steinauer, 1982). Aussi, avant de dénoncer les ramifications entre pouvoirs psychiatrique, juridique et politique – et en conséquence un manque de contrôle du pouvoir psychiatrique lui-même –, le journaliste débute par la chronique de différents événements et affaires qui ont jalonné l'année 1980 – « l'année des ruptures » – pour illustrer sa thèse d'un pouvoir arbitraire exercé sur des patient-es ainsi que sur une partie du personnel soignant (personnel infirmier notamment). Le domaine d'activité de la recherche n'est pas épargné, bien au contraire, puisque le journaliste – qui, rappelons-le, a publié un dossier critique à ce sujet un an plus tôt – le considère être « à la racine même » des conflits et de la crise institutionnelle, précisément parce qu'il permet d'asseoir la légitimité de l'institution psychiatrique¹²⁰. Déclarant opter pour une méthode documentaire, Jean Steinauer convoque et cite longuement des documents officiels – procès-verbaux, échanges de lettres, rapports – produits par les principaux acteurs de la psychiatrie, de la justice, et des instances politiques et administratives genevoises. Présenté ainsi comme un simple « recueil de documents » où « les faits » parleraient d'eux-mêmes (Steinauer, 1982), l'ouvrage est clairement à charge et ouvertement contestataire. Publié dans ce contexte spécifique d'annonce de réformes comme solution à la

120 À ce propos Steinauer affirme : « si la crise que nous analysons n'est autre chose, en fait, que le dérapage constant d'un pouvoir libéré de tout contrôle sérieux, c'est dans le domaine de la recherche qu'on s'en apercevrait le plus évidemment, parce que la recherche est l'activité la plus fondatrice de l'institution psychiatrique (voir chapitre II). C'est la recherche qui assied la légitimité. Non seulement aux yeux du public ou de l'autorité politique, toujours vaguement craintifs mais prêts à se prosterner devant le mystère des laboratoires, aux yeux de la communauté médicale aussi, au sein de laquelle la psychiatrie doit encore durement ramer pour faire reconnaître sa scientificité. Les disciplines classiques gardent à son égard, quoi qu'elles en disent, une condescendance un peu goguenarde. C'est la recherche enfin qui autorise l'enseignement et brille, comme une enseigne au néon, sur la carrière académique du patron-psychiatrie » (Steinauer, 1982, p. 87).

crise des IUPG, il constitue en lui-même une forme de dénonciation des motifs invoqués et de la réponse apportée par le Conseil d'État.

D'après le journaliste, la crise de la psychiatrie institutionnelle à Genève trouve un écho plus large, au-delà des frontières cantonales, néanmoins les soutiens aux pouvoirs en place, au pouvoir psychiatrique en particulier, sont puissants et vont eux aussi au-delà de ces frontières. Les conclusions de l'enquête administrative, ainsi que les réformes voulues par le Conseil d'État ne permettent pas de remise en cause fondamentale du pouvoir psychiatrique et des pouvoirs au confluent desquels les institutions psychiatriques se situent :

« À ne vouloir considérer qu'une crise au sein du pouvoir – en d'autres termes un conflit de seigneurs – et non pas une crise du pouvoir, soit la mise en question d'un système de domination, on se condamn[e] à ne fournir, en guise de solution, qu'une sorte de replâtrage » (Steinauer, 1982, p. 149).

Pour le journaliste, l'instauration d'une politique de sectorisation, parce qu'elle ne remet nullement en cause les pouvoirs en place et les soutiens dont ils bénéficient et ne représente qu'une forme de « quadrillage » par « classes d'âges », par territoires et par « comportements “déviant” (alcoolisme, toxicomanie...) » (Steinauer, 1982, p. 32-33), ne peut constituer une réponse valable à la crise : « Il n'y a pas de retour possible de la confiance tant que les organes de contrôle ne seront pas à la hauteur de leur tâche » (Steinauer, 1982, p. 151). Les solutions à la crise se trouvent ailleurs, dans une autre forme de politique, défend le journaliste, soit dans la reconstruction du dispositif de soins sur la base des « besoins objectifs de la population ». Ceci implique « nécessairement » et « quoi qu'en assure un pouvoir politique frileux », un débat public sur les droits des patient-es (Steinauer, 1982, p. 151). Et le journaliste engagé de conclure son ouvrage sur une présentation de l'initiative populaire cantonale « Pour les droits des malades ». Munie de quelque 13 600 signatures, celle-ci est déposée le 13 janvier 1983¹²¹.

121 L'Adupsy. Quel avenir ?, Genève, mai 1984, bulletin n° 2, p. 8 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S03).

5.6 Éclairer la crise sous l'angle politique

Au terme de ce chapitre, tentons de mettre en lumière quelques-unes des raisons de la forme que prend cette crise entre 1980 et 1982 et formulons quelques constats à ce sujet.

Le premier constat a trait aux mouvements de cloisonnement et décroisonnement que connaît, la clinique psychiatrique de Bel-Air sous l'influence de son directeur, René Tissot, et accessoirement sous celle du directeur des IUPG, Gaston Garrone, avant l'introduction de la réforme de 1982.

Au début de l'été 1980, l'hôpital psychiatrique universitaire est perçu par la population et une partie des journalistes genevois-es comme un « monde clos », comme une « citadelle » (Cuénod, 2003, p. 147), d'où ne transparaissent des informations, sous la pression de contestations militant-es, qu'à de rares occasions. En 1977, cette posture de principe, entretenue, est soutenue par le conseiller d'État, Willy Donzé, chargé du département de la santé dont la clinique relève. Lors de l'affaire des deux médecins, le journaliste Hubert de Senarclens, on s'en souvient, sollicite René Tissot pour un entretien croisé avec Barthold Bierens de Haan. Le conseiller d'État qui, rappelons-le, soutient la décision de Tissot de déplacer Bierens de Haan hors de la clinique psychiatrique, s'oppose à cette prise de parole dans la presse et le fait savoir. L'entretien a néanmoins lieu.

Au début de l'été 1980, les faits reprochés par les militant-es de l'Adupsy et les « amis d'Alain », médiatisés, sont graves. Un jeune homme, apprécié par nombre de militant-es de sa génération et au-delà – certainement aussi en raison de la figure qu'il représente à leurs yeux, celle d'un jeune homme en rupture avec son milieu bourgeois –, est décédé. Les militant-es de l'Adupsy et ses « amis » exigent des informations sur le déroulement de son hospitalisation, son traitement et son décès. René Tissot, invoquant le secret médical, refuse tout d'abord de s'expliquer publiquement et de livrer quelques informations, puis, contraint par la mobilisation des « amis d'Alain »,

par la lettre ouverte publiée par le professeur de droit pénal Nils-Robert et par la pression d'une partie des journalistes qui continuent d'autant à médiatiser l'affaire, s'y résout, *a minima*.

Tout au long de l'été 1980, René Tissot bénéficie du soutien de Willy Donzé, toujours à la tête du département de la santé, lequel lui conseille, ainsi qu'à Garrone, d'éviter de s'expliquer publiquement tant que possible, et ce jusqu'à ce que le mouvement de contestation gagne les rangs du corps médical des IUPG, et que le conseiller d'État craigne de ne plus pouvoir contenir la crise.

Un second constat concerne certains éléments qui ont pu alimenter et induire cette crise. Soulevons le fait que les militant-es de l'Adupsy, mais aussi les médecins des IUPG contestataires, et les quelques médecins de l'AMP s'en soient pris à la question des recherches effectuées par Tissot dans la clinique, essentiellement par le biais de la presse. Ce faisant, ils ont réactivé une série de conflits internes antérieurs, datant de 1974, en les couplant à de nouvelles questions, dont un ensemble d'interrogations éthiques relatives aux droits des patient-es en la matière. En ciblant une partie de leurs actions sur le domaine de la recherche, ils et elles ont surtout tenté de s'en prendre au fondement même de la légitimité de la fonction du directeur, ceci dans son propre champ scientifique, celui de la recherche neuropsychiatrique.

Un troisième constat a trait au processus « bouc émissaire » qui, par étapes, se met en place au cours de cette crise. Face à la virulence des attaques, à leur médiatisation, mais aussi à la relative détermination des conseillers d'État qui succéderont à Willy Donzé – Aloys Werner, puis Jacques Vernet –, René Tissot, d'abord soutenu par une large majorité des psychiatres directeurs d'institutions de Suisse romande, sera progressivement « lâché ». Il est possible qu'Aloys Werner ait joué un rôle déterminant dans cette dynamique. Celui-ci, rappelons-le, est neurochirurgien, il a été, lui aussi, directeur d'un hôpital. En outre, comme il le livre dans son ouvrage consacré à ses mémoires (Werner, 2002, p. 221-231), au cours de sa jeune carrière de médecin, il a travaillé durant deux ans (1942-1944) à la clinique

psychiatrique de Münsingen, dans le canton de Berne, où il a eu l'occasion de pratiquer différentes thérapies psychiatriques biologiques (électrochocs, comas insuliniques et cures de sommeil). Il n'est donc pas impossible que Werner se soit estimé suffisamment légitime et investi d'autorité pour ne pas soutenir René Tissot dans le maintien de sa fonction de directeur d'hôpital. Rappelons-nous, Werner n'a pas hésité à rendre public l'ensemble du rapport de la commission administrative en acceptant sa publication intégrale en septembre 1981, dans la *Tribune de Genève*. Ce rapport contenait les principes de base de la réforme qui, à la suite de la non-réélection de Werner à l'automne 1981, a été officiellement décidée par Jacques Vernet (et ceci malgré les protestations de la part de quelque vingt-six psychiatres de renommée internationale).

Ces quelques constats n'ont bien entendu pas la prétention d'être exhaustifs. Ils contribuent néanmoins à éclairer les raisons ainsi que la forme prise par cette crise, celle de la psychiatrie institutionnelle à Genève.

Mais l'histoire de l'événement du décès d'Alain Urban ne se résume pas à cette crise institutionnelle. Pour tenter de comprendre cet événement, ainsi que ce qui contribue à nourrir son caractère « tragique », il convient encore de suivre et de décrire minutieusement le déroulement de l'enquête pénale.

Chapitre 6

Les « amis d'Alain » s'engagent dans l'espace pénal

L'enquête pénale qui est ouverte immédiatement après le décès d'Alain Urban dure plus de huit ans, du 30 juin 1980 au 24 janvier 1989, date à laquelle le juge d'instruction alors chargé du dossier édicte son ordonnance de classement, sans prononcer d'inculpation (Arsever, 1989 ; Bimpage, 1989a ; Domon, 1989¹). Malgré un travail acharné et de longue haleine, les quelques « amis d'Alain » qui s'engagent dans cette enquête pénale n'obtiendront pas gain de cause.

Au cours de cette enquête, trois juges d'instruction se succèdent. Chacun·e est chargé·e de déterminer l'existence ou l'absence de charges qui justifient une inculpation de René Tissot ou de tout autre membre du personnel médical et infirmier de la clinique Bel-Air². Le motif principal sur lequel porte l'enquête jusqu'en décembre 1987 est celui d'homicide par négligence, régi par l'article 117 du Code pénal suisse (CPS³). La prescription pour ce motif

1 Ordonnance du juge d'instruction du 24 janvier 1989 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

2 *Ibid.*

3 L'article 117 du Code pénal suisse (CPS) stipule : « Celui qui, par négligence, aura causé la mort d'une personne sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire. »

intervient en décembre 1987. D'autres motifs de délits sont envisagés par la suite : mise en danger de la vie ou de la santé d'autrui (art. 127 du CPS) et, subsidiairement, lésions corporelles graves (art. 122 du CPS) et lésions corporelles simples (art. 123 du CPS). Ces motifs d'accusation sont plus graves et plus difficiles à établir, ceux-ci impliquant que la victime, en l'occurrence Alain Urban, soit reconnue comme victime non pas d'une « négligence », mais d'une intention délictuelle (Arsever, 1989⁴).

6.1 Investir l'arène judiciaire

Au cours des premiers mois de l'enquête, parvenir à entrer dans l'arène judiciaire pénale pour faire reconnaître leur association comme partie civile par les autorités judiciaires revêt une importance majeure pour les membres du comité de l'Adupsy, et partant pour les « amis d'Alain ». Les membres du comité de l'Adupsy ont beau affirmer devant la presse, en juillet 1980, leur volonté de se constituer comme telle (H. De Senarclens, 1980a), la reconnaissance juridique de cette qualité à une association par la justice pénale genevoise ne va pas de soi et confronte ses militant-es aux premières difficultés⁵. Les enjeux liés au fait d'être reconnue partie civile sont importants : pouvoir alimenter le dossier de justice, orienter le travail d'enquête du juge sur des questions ou points particuliers à même de fournir des preuves de l'existence d'un motif d'inculpation justifiant l'ouverture d'un procès, et, ultimement, faire reconnaître par la justice la responsabilité pénale de René Tissot dans la mort du jeune homme, voire pour certain-es parmi les « amis d'Alain », faire le procès « d'une certaine psychiatrie », en l'occurrence d'orientation biologique.

4 Entretien avec Nils de Dardel le 24 avril 2020.

5 La qualité de partie civile est alors régie par l'article 25, al. 1 du Code pénal de procédure genevoise (CPP-GE) du 29 septembre 1977 : « Le plaignant et toute personne lésée par une infraction poursuivie d'office peuvent se constituer partie civile jusqu'à l'ouverture des débats. »

Il convient néanmoins de souligner un élément important : en procédure pénale genevoise, les parties – y compris la partie civile – n'ont pas accès au dossier d'enquête avant qu'une inculpation n'ait été prononcée (Kasper-Ansermet, 1988). En effet, si le statut de partie civile donne la possibilité de livrer des pièces au dossier et de requérir des actes d'instruction auprès du juge chargé du dossier (auditions, expertises médicales, soumission de questions aux experts, rapports complémentaires par exemple) – requêtes que le juge en question peut accepter ou refuser –, ce statut ne permet pas d'accéder directement aux différentes pièces du dossier (dossier médical du patient décédé, rapport d'autopsie, procès-verbaux d'auditions, expertises et autres rapports complémentaires par exemple). On comprend que dans ce contexte, la difficulté d'accès à l'information contenue dans le dossier pénal impose des limites considérables que les « amis d'Alain » tentent de pallier au cours des huit ans que dure l'enquête.

Dès l'ouverture de l'enquête, l'avocat Nils de Dardel est mandaté par l'Adupsy pour faire valoir les intérêts de l'association auprès du juge d'instruction. Il est déjà confronté dans cette affaire aux embûches pour se constituer partie civile auprès de la justice pénale⁶. En effet, Nils de Dardel a également été mandaté par la compagne du défunt, Sylvie Haller, pour la représenter personnellement. Étudiante en philosophie à l'université, celle-ci a participé à la tenue des permanences de l'association jusqu'au décès de son compagnon, événement qui modifie foncièrement son rapport à « la psychiatrie », aux psychiatres et, de fait, à son activité aux permanences, comme elle l'évoque dans le bulletin de l'Adupsy en décembre 1980 (voir encadré ci-dessous⁷). Aussi, lorsque dix mois après l'ouverture de l'enquête, mi-avril 1981, le premier juge d'instruction chargé de l'affaire informe l'avocat de sa décision de refuser la qualité juridique de partie civile à l'Adupsy, mais de l'accorder à la compagne d'Alain Urban, Nils de Dardel propose aux

6 Entretien avec Nils de Dardel le 24 avril 2020.

7 Association pour les droits des usagers de la psychiatrie (Adupsy), Genève, décembre 1980, bulletin n° 1, p. 11 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S-S03).

membres du comité de l'association ainsi qu'à Sylvie Haller d'unir leurs forces, au moins temporairement⁸. De fait, à partir du printemps 1981, les membres du comité de l'Adupsy qui, avec l'avocat, s'engagent activement dans cette procédure pénale – Roger Schuler et Barthold Bierens de Haan en particulier – suivent ce conseil et se rangent au côté de Sylvie Haller pour intervenir dans cette procédure. Dorénavant, c'est principalement sous les termes les « amis d'Alain » que sont réunis les militant-es de l'Adupsy et leurs allié-es pour mener leurs actions dans le cadre de cette enquête pénale.

**Quelles sont nos limites et nos disponibilités
lors des permanences⁹ ?**

Mes limites ont changé depuis la mort d'Alain. J'étais avant à l'Adupsy et aux permanences par « solidarité », solidarité avec Alain particulièrement, en essayant d'être une permanente raisonnable et raisonnable, d'envoyer chez le psychiatre quand c'était la demande « Y a-t-il un bon psychiatre ? », parce que dans ma tête je faisais la différence entre « bons » et « mauvais » psychiatres, ceux qui soulagent (Alain me parlait du seul psychiatre qui, à son avis, avait été honnête et qui lui avait dit « on pourra vous soulager mais pas vous guérir ») et ceux qui veulent guérir. Alain était ma référence par rapport à la psychiatrie, mais j'étais toujours moins radicale, moins méfiante que lui.

Aux permanences, ma pensée oscillait toujours du côté des « fou ou pas fou », « pour celle-ci, un bon psychiatre ferait l'affaire », etc. Et quand quelqu'un se retrouvait à Bel-Air, je voyais la chose comme une sorte d'événement, grave mais inéluctable. Une sorte d'indifférence. Mais Alain est MORT là-haut. Ce n'est pas seulement Tissot, et son traitement assassin qui l'ont tué, c'est la psychiatrie.

8 Le juge estime en effet que « l'Adupsy ne remplit pas les conditions pour être admise comme partie civile, quelle qu'ait été l'importance du rôle joué par le défunt au sein de cette association ». Il estime en revanche, après audition de la compagne d'Alain et d'autres témoins, que le décès d'Alain cause à celle-ci une perte de soutien directe et durable. Lettre du juge d'instruction à Nils de Dardel, Genève, 18 juin 1981 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

9 Association pour les droits des usagers de la psychiatrie (Adupsy), Genève, décembre 1980, bulletin no 1, p. 11 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S03).

Cette psychiatrie qui a un droit d'isolement absolu, de traitements à hauts risques, un droit de vie et de mort, le droit à juger l'urgence, de la « situation grave », le droit d'aliéner, de déresponsabiliser totalement quelqu'un, d'en faire un pantin, un chiffon. Un psychiatre a ce pouvoir parce qu'on LE LAISSE FAIRE, de dire : « cet homme est incapable de jugement. » Dubuis a beau avoir une bonne bouille, il a chapeauté cette mort, Bassion a beau avoir des remords posthumes, il a participé au « traitement » (isolement, cure de sommeil, ça s'appelle « traitements »), les infirmiers ont beau être de braves gars surchargés de boulot, c'est EUX qui administraient les médicaments. Et mon problème actuel aux permanences c'est avant tout celui-ci : ma haine profonde de la psychiatrie, ma certitude que sept ans de médecine pour devenir psychiatre tuent toute velléité de regard humain (donc non technique, non schématique), ma peur de la délégation de la soumission au savoir et à l'autorité. Les « psychiatres sympas » de notre liste blanche, je les communiquerai pour les contre-expertises, les certificats bidon, etc. Mais si quelqu'un vient à une permanence où je suis et que ce quelqu'un me demande l'adresse d'un bon psychiatre, je dirai « JE NE SAIS PAS ». Il y a des gens chouettes, qui, par accident, de manière non importante, sont psychiatres. Ce sont des gens. C'est la psychiatrie (et les psychiatres quand ils se vivent comme psychiatres) qui est une aberration, un pari délirant, c'est un métier inexistant, impossible : la psychiatrie comme élément du savoir humain doit disparaître. Je suis en attente, attente de l'utopique révolution, attente d'une approche non urgente des situations « socio-économico-historiques » qui foutent les gens dans des crises atroces, situations solubles uniquement en agissant sur le milieu et non sur l'individu (« fautif » de par sa révolte).

La psychiatrie, c'est l'oppression. C'est l'aliénation, le fait même de son existence est le symptôme de notre aliénation, le fait qu'il y ait des « clients », des usagers, le symptôme que l'on ne peut pas faire autrement que de se RÉVOLTER.

Sylvie Haller

Encadré 2. Haller, Sylvie, *Quelles sont nos limites et nos disponibilités lors des permanences ?* Bulletin de l'Adupsy n° 1, p. 11.

Devant la presse aussi, lorsque des membres de l'Adupsy interviennent en relation avec cette procédure pénale, ils et elles se présentent généralement, avec leurs alliés, comme les « amis d'Alain » plutôt que comme membres de l'Adupsy. Tel est le cas, par exemple, à l'occasion d'un rassemblement organisé en juin 1988 sur le site de la clinique de Bel-Air afin d'honorer la mémoire du jeune homme décédé et de dénoncer la lenteur de la justice¹⁰, ou lorsqu'à la suite de la décision du juge de clore l'affaire sans suite, ils et elles tiennent en février 1989 une conférence de presse avec trois professionnels médecins et juriste alliés. Les principaux alliés qui s'engagent dans le cadre de cette enquête pénale au côté des membres de l'Adupsy – le psychiatre Claude Miéville, le professeur de pharmacologie et de toxicologie Jacques Diézi et dans une moindre mesure le professeur de droit Christian-Nils Robert – n'ont pas nécessairement côtoyé Alain Urban, et n'étaient pas membres de l'Adupsy, ni le sont devenus après le décès d'Alain Urban. Par ailleurs, l'Adupsy se délite progressivement au cours de la décennie 1980, pour disparaître finalement entièrement en tant que collectif actif¹¹.

La tendance des membres de l'Adupsy à se présenter publiquement en tant qu'« amis d'Alain », incluant leurs alliés – dans le cadre de cette enquête pénale des experts qui se présentent en leur propre nom, faisant valoir leurs savoirs, leur statut et leur autorité – est ici encore plus marquée que lorsqu'ils et elles interviennent publiquement à la même période en lien avec l'enquête administrative ou lorsqu'ils et elles s'engagent en 1982-1983 avec d'autres collectifs pour présenter et soutenir l'initiative cantonale pour les droits des patient-es. Et on peut observer qu'en même temps qu'émerge le groupe informel et à géométrie variable des « amis d'Alain », se profile la disparition de l'Adupsy. L'association

10 Ce rassemblement réunit une dizaine de personnes d'après la photo publiée quelques mois plus tard, le 2 novembre 1988, dans le quotidien *24 Heures* (Domon, 1988d).

11 En mai 1984 déjà, alors que l'association édite son deuxième et dernier bulletin intitulé « L'Adupsy quel avenir ? », la question de sa possible disparition se pose. L'Adupsy. Quel avenir ?, Genève, mai 1984, bulletin n° 2 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S03).

avait pourtant été créée en 1979 dans l'objectif de formaliser les critiques portées publiquement dès 1976 par les militant-es et de sortir par la même occasion d'actions ponctuelles et centrées sur des personnes, des « cas » montés en « affaires » dans les médias et au parlement genevois. En d'autres termes, l'une des intentions des personnes fondatrices de l'Adupsy était de sortir de cette particularisation très forte autour de laquelle les actions militantes étaient structurées, afin de porter collectivement un engagement plus général en faveur des droits et intérêts des personnes usagères de la psychiatrie. À partir du décès d'Alain Urban le 29 juin 1980, l'Adupsy tend pourtant à se dissoudre dans ce groupe informel et à géométrie variable selon les situations : les « amis d'Alain ». Le « noyau » de ce groupe est plus restreint et surtout son identité collective est une nouvelle fois focalisée autour d'une personne : Alain Urban.

L'une des propositions analytiques avancée ici pour rendre compte de la dissolution progressive de l'Adupsy au cours de la décennie 1980 – donc extrêmement peu de temps après sa constitution –, réside dans l'investissement d'une frange des militant-es de l'Adupsy dans l'arène judiciaire pénale dans le cadre de l'enquête liée au décès d'Alain Urban. Est-ce à dire que la question des droits des personnes usagères de la psychiatrie disparaît de l'espace public genevois ? Non, effectivement, la réponse doit être plus nuancée, puisque celle-ci se trouve être dès lors portée – plus collectivement encore que par le passé – par le comité de l'initiative cantonale « pour les droits des patients¹² ». Dans l'espace politique, la question des droits et intérêts des personnes usagères de la psychiatrie se fonde donc dans celle plus générale des droits des patient-es.

Mais l'arène judiciaire et l'initiative mobilisent et « siphonnent » en quelque sorte les ressources militantes de l'Adupsy. L'engagement de ses membres est réinvesti de façon collective et en collaboration avec d'autres collectifs de gauche dans le cadre de l'initiative cantonale d'une part, et de façon beaucoup plus individualisée dans le

12 Pour rappel, ce comité est composé de dix-sept associations et organisations politiques. Voir le chapitre « Contre-récit de crise et lancement d'une initiative populaire ».

cadre de l'enquête pénale d'autre part. On peut donc observer que le cadre normatif des arènes investies façonne les formes d'engagement. L'arène judiciaire pénale – qui ne reconnaît alors pas la qualité juridique de partie civile à l'association – tend à atomiser les engagements qui se personnalisent et s'individualisent. Du côté de l'espace politique et de l'initiative cantonale, en revanche, c'est bien sous l'angle et dans le cadre de collectifs que les militant-es de l'Adupsy poursuivent leur engagement. Toutefois, comme dit précédemment, l'Adupsy tend à disparaître au cours de cette période et c'est en réinvestissant d'autres collectifs – y compris des groupes politiques institutionnalisés¹³ – que les (ex-)militant-es de l'Adupsy poursuivent leur engagement. Précisons encore qu'une autre part de militant-es de l'Adupsy, essentiellement des (ex-)patient-es, ne poursuivent aucun engagement relatif aux causes de l'Adupsy au début des années 1980. À la suite du décès d'Alain Urban, ils et elles se disent choqué-es et résigné-es¹⁴.

6.2 Solliciter des experts et mobiliser des savoirs spécialisés

Entrons maintenant plus avant dans le déroulement de cette enquête pénale pour comprendre qui sont les actrices qui acceptent de s'engager aux côtés de la partie civile, quels sont les motifs ou « ressorts » de leur engagement, quels sont les savoirs spécialisés qu'ils et elles mobilisent dans l'action. Dans un même temps, je m'attacherai à mettre en évidence « les formes d'hybridation, sociales, pratiques, intellectuelles, qui se nouent dans l'action même, notamment entre pratiques militantes et activité professionnelle des personnes qui s'engagent » (Champy et Israël, 2009, p. 8). L'expertise médicale devient centrale dans cette procédure pénale. Aussi, je m'attacherai à dégager également les conceptions mêmes du rôle de l'expert-e et de l'expertise médicale (psychiatrique et pharmacologique) défendues par les experts qui investissent cette arène.

13 Rolf Himmelberger intègre par exemple pour un temps une commission santé interne au parti socialiste genevois. Entretien avec Rolf Himmelberger du 12 décembre 2012.

14 Entretiens avec Rolf Himmelberger du 12 décembre 2012 et avec Roger Schuler du 3 octobre 2012.

Pour entrer dans le déroulement de l'enquête, il nous faut revenir un peu en arrière dans le temps, soit à l'été 1980. Pendant cette période, alors que les militant-es de l'Adupsy et leurs allié-es se mobilisent dans l'espace médiatique, au parlement genevois, et sur le site de la clinique de Bel-Air en organisant le rassemblement à la mémoire d'Alain Urban, Barthold Bierens de Haan et Roger Schuler investissent aussi une part importante de leur temps et de leur énergie à solliciter l'avis d'experts médicaux sur le traitement administré à leur ami décédé. Immédiatement après le décès, ceux-ci sont parvenus à accéder à une partie des documents contenus dans le dossier médical, avant qu'il ne soit mis sous scellé¹⁵. Ils disposent ainsi des informations relatives aux médicaments et doses administrés lors de la cure de sommeil, ainsi qu'à son déroulement. Barthold Bierens de Haan et Roger Schuler soumettent ces informations aux professionnels qu'ils contactent¹⁶. Leur intention dans un premier temps est d'alimenter le dossier pénal pour la partie civile et d'orienter le travail d'enquête du juge sur des aspects du traitement qu'ils estiment susceptibles de fournir des éléments de preuves d'un délit par négligence (« erreur médicale » ou « faute professionnelle »).

Barthold Bierens de Haan et Roger Schuler prennent contact avec des médecins spécialisés en toxicologie, pharmacologie,

15 Entretien avec Roger Schuler le 3 octobre 2012.

16 *Ibid.* Document manuscrit sans titre, décrivant par un schéma l'évolution du traitement du 14 juin 1980 au 29 juin 1980, soit la mise en isolement, puis à partir du 19 juin l'évolution des doses des médicaments prescrits lors de la cure de sommeil (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.). Le nom des médicaments et les doses journalières administrées pendant la cure de sommeil sont publiés sous forme d'un tableau dans l'édition du quotidien *24 Heures* du 2 novembre 1988 (Domon, 1988b). Le tableau fait l'objet d'un article dans lequel il est précisé que les informations sont issues du dossier médical de la clinique de Bel-Air. Dans cet article, Jacques Diézi, professeur à l'institut de pharmacologie à l'université de Lausanne dont les propos sont rapportés, précise quels médicaments ont été prescrits ainsi que les groupes auxquelles ils appartiennent d'un point de vue chimique ou pharmacologique, soit : des sédatifs de l'agitation et de l'anxiété appartenant au groupe des neuroleptiques (*Phenergan*, *Melleril*, *Terfluzine*, *Nozinan* et *Prazine*) ; un antiparkinsonien appartenant au groupe des anticholinergiques (*Artane*) ; un barbiturique (*Tuinal*) ; et un hypnosédatif appartenant au groupe des benzodiazépines (*Rohypnol*). Sources : Domon, 1988a ; Diézi, Jacques, « Commentaire à propos de la mort de M. Alain U. au cours d'une cure de sommeil », Lausanne, 17 octobre 1980 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

psychiatrie et anesthésie, afin d'obtenir leur avis sur les effets et les doses des médicaments administrés dans le cas particulier, la gestion somatique du traitement (examens préalables et surveillance du traitement), ainsi que sur les causes probables du décès. Ils leur demandent également de leur fournir des références d'articles et d'ouvrages scientifiques sur les effets imprévisibles et toxiques des médicaments administrés.

Barthold Bierens de Haan contacte le centre suisse d'information toxicologique de l'université de Zurich, lequel refuse de fournir par écrit une analyse « sur un traitement d'institution avec complication mortelle¹⁷ ». L'un des médecins du centre accepte néanmoins de livrer oralement son avis sur le traitement qu'il juge toxique en raison de l'association à haute dose d'une benzodiazépine (*Rohypnol*) et d'un barbiturique (*Tuinal*¹⁸). Ce type de traitement, insiste-t-il, exige une surveillance permanente. Il formule deux hypothèses sur la cause du décès : une « chute de tension progressive ou [une] intoxication des centres respiratoires du cerveau¹⁹ ».

Sollicité par l'une des membres de l'Adupsy, Michel Landry (1930-2014), psychiatre du centre hospitalier de Novillars dans la région du Doubs en France, accepte de livrer son opinion par écrit²⁰. Directeur médical à l'ouverture du centre hospitalier en 1968, puis médecin-chef de service jusqu'à sa retraite en 1995, Michel Landry est un défenseur de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie de secteur. Expert auprès des tribunaux français, il publie en 1976 un ouvrage remarqué intitulé *Le Psychiatre au tribunal : le procès de l'expertise psychiatrique en justice pénale*

17 Bierens de Haan, Barthold, lettre adressée au centre suisse d'information toxicologique, 11 juillet 1980 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

18 Roger Schuler, lettre adressée à un psychiatre zurichois, Genève, 1^{er} août 1980 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS5).

19 *Ibid.*

20 Lettre de Michel Landry à l'une des membres de l'Adupsy, Roche-Les-Beaupre, 11 septembre 1980 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS5).

(Landry, 1976). Dans celui-ci, Landry procède à une critique acerbe du rôle confié par la justice à l'expert-psychiatre dans le cadre pénal et invite ses confrères à revoir leur propre rôle et positionnement dans ce champ d'activités²¹. Landry considère qu'il n'apprend rien aux membres du comité de l'Adupsy lorsqu'il leur dit que « le « traitement » médicamenteux » lui est apparu excessif, quelle qu'ait pu par ailleurs être l'affection pour laquelle il a été prescrit²². Il juge inadmissible que le défunt ou ses proches n'aient pas été informés des dangers qu'une telle cure de sommeil comportait et que celle-ci ait été effectuée presque sans surveillance médicale. Selon lui, il faut cependant se préserver d'être trop hâtif sur une relation de cause à effet entre la cure de sommeil administrée et le décès, et attendre les conclusions de l'autopsie. D'après lui, il est toutefois « indéniable » que ce traitement aurait dû s'accompagner de contrôles biologiques et physiologiques sérieux et répétés. Il juge par ailleurs que ce qui est considéré par d'autres comme un « accident » est tout à fait caractéristique des « excès » auxquels, selon lui, « les représentants de la psychiatrie instituée » se livrent « en toute impunité », assurés « de ne jamais être poursuivis ». Et ceci notamment parce qu'en cas d'ennuis, ces psychiatres non seulement se retranchent derrière le secret médical, mais aussi « derrière un jargon technique, hors de portée des profanes²³ ».

Durant l'été 1980, forts des premiers avis médicaux obtenus, Roger Schuler et Barthold Bierens de Haan saisissent qu'il leur faut s'adjoindre les compétences de professionnel·les reconnu·es dans leurs propres disciplines et champs d'expertise, disposés·es à

21 Michel Landry a aussi publié d'autres ouvrages critiques en psychiatrie aux noms évocateurs, notamment dans les années 2000 : *Manuel alphabétique du psychiatrisme* (2001) ; *L'État dangereux : un jugement déguisé en diagnostic* (2002) ; et *Du déclin de la pensée critique au triomphe de la psychiatrie* (2006).

22 Lettre de Michel Landry à l'une des membres de l'Adupsy, Roche-Les-Beaupre, 11 septembre 1980 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS5).

23 Landry assure partager les revendications adressées au parlement genevois (suppression de l'usage des « cellules » d'isolement et interdiction des traitements sans consentement), mais pour lui il faut surtout « combattre la toute-puissance de l'appareil psychiatrique ».

s'engager à leur côté pour alimenter le dossier d'enquête et, le cas échéant, intervenir en qualité d'expert-e auprès du juge d'instruction. Trois types d'expertises leur apparaissent essentiels : une expertise pharmacologique et toxicologique, en raison de la médication administrée lors de la cure de sommeil ; une expertise en anesthésie ou en médecine interne en raison des mesures de surveillance qu'exige une cure de sommeil, auxquelles Michel Landry notamment les a rendus attentifs ; et une expertise psychiatrique. L'avocat Nils de Dardel, Barthold Bierens de Haan et Roger Schuler ont l'intention de livrer au dossier d'enquête des informations produites par des expert-es sur ces différents aspects et de convaincre le juge d'instruction de procéder par expertise, dans le cas où celui-ci décidait de ne pas prononcer une inculpation immédiate, une fois le rapport d'autopsie rendu²⁴. Bierens de Haan et Roger Schuler contactent donc des experts pour solliciter leur accord afin que, le cas échéant, leur soit confié un mandat officiel d'expertise et pour qu'ils leur livrent dans l'intervalle des informations utiles sur lesquelles appuyer leur dossier et leur défense auprès du juge.

Au cours de l'été 1980, Roger Schuler et Barthold Bierens de Haan sollicitent Jacques Diézi, professeur de pharmacologie et de toxicologie à l'université de Lausanne (Unil), ainsi que Claude Miéville, directeur médical de l'hôpital psychiatrique de Nant dans l'est du canton de Vaud. Arrêtons-nous un instant sur la trajectoire professionnelle de ces deux experts pour mieux comprendre leur positionnement respectif au sein de leur champ d'expertise, et partant, les motifs conduisant les militant-es de l'Adupsy et ami-es d'Alain à s'adresser à eux dans cette situation.

Jacques Diézi, né en 1940, effectue ses études à la faculté de médecine de l'Unil au début des années 1960²⁵. Au cours de ses

24 Schuler, Roger, lettre adressée à Jacques Diézi, Genève, 25 octobre 1980 ; Schuler, Roger, lettre adressée à Claude Miévielle, Genève, (s.d.) (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS5).

25 Jacques Diézi souhaite initialement entreprendre des études de lettres en parallèle à ses études de médecine. Face au refus de l'administration de l'Unil d'accéder à sa

études, il a l'intention de s'orienter vers la neuropsychiatrie, mais plusieurs concours de circonstances, dont sa rencontre avec Georges Peters, premier professeur de pharmacologie à l'Unil, l'amènent à renoncer à devenir psychiatre et le conduisent à entreprendre une thèse de doctorat en médecine au sein de l'institut de pharmacologie²⁶. À la fin des années 1960, Jacques Diézi effectue un séjour de recherche d'un peu plus de deux ans (1969-1971) en physiologie à l'université de Yale aux États-Unis, avant de rejoindre à nouveau l'institut de pharmacologie de l'université de Lausanne et d'être nommé professeur de pharmacologie et de toxicologie en 1974 (Robert et Panese, 2000). Un an auparavant, en 1973, Jacques Diézi crée, avec quelques autres collègues de l'Association vaudoise des médecins progressistes (AMP), un collectif avec lequel il publie en 1979 un ouvrage critique à l'égard de la formation en médecine à l'université de Lausanne, intitulé *La Mal-formation médicale*

demande, il poursuit une carrière en médecine. Entretien avec Jacques Diézi le 9 avril 2020 ; voir aussi l'entretien de Jacques Diézi publié (Bovet et al., 2013, p. 605).

- 26 Jacques Diézi explique son intérêt pour la pharmacologie par l'influence exercée sur lui par la personnalité de Georges Peters : un homme engagé politiquement à gauche et en décalage d'après lui par rapport aux autres professeurs vaudois de la faculté, généralement conservateurs. Entretien avec Jacques Diézi le 9 avril 2020 ; voir aussi l'entretien de Jacques Diézi publié dans la *Revue d'anthropologie des connaissances* (Bovet et al., 2013, p. 606). Georges Peters est nommé professeur de pharmacologie à l'université de Lausanne en 1963, à une période (le début des années 1960) où sont créées les premières chaires de pharmacologie dans les universités suisses ; la pharmacologie étant jusque-là intégrée à la physiologie. Entretien avec Jacques Diézi le 9 avril 2020. Voir aussi Bovet et al., 2013, p. 606 ; Peters, 1997. Pour Georges Peters, sciences et politiques vont de pair et se complètent. Né en 1920 en Allemagne, Georges Peters s'engage dès son plus jeune âge (environ 13 ans) dans des activités politiques d'opposition au régime nazi. Il émigre, via l'Autriche, en Turquie où il effectue ses études et exerce comme médecin. Retourné en Allemagne après la fin de la guerre, il y travaille dans l'industrie pharmaceutique, puis à l'université de Mayens, tout en étant membre du Parti socialiste allemand. Après un séjour de deux ans dans des universités aux États-Unis, il émigre en Suisse, tout d'abord à Bâle (il travaille chez Ciba Geigy, dans un centre exclusivement dédié à la recherche), avant d'être nommé professeur à l'université de Lausanne et de créer l'institut de pharmacologie. Naturalisé suisse en 1974, il entre au Parti socialiste vaudois la même année et devient député au Grand Conseil vaudois en 1978. Au cours de sa carrière, Peters s'est engagé dans une critique des intérêts de l'industrie pharmaceutique et en faveur d'un plus grand contrôle de celle-ci par l'État (Peters, 1997). Entretien avec Jacques Diézi le 9 avril 2020.

(Association vaudoise de médecins progressistes, 1979²⁷). Né d'un sondage réalisé par quelques membres de l'AMP vaudoise auprès d'étudiant-es et de médecins-assistant-es nouvellement formé-es²⁸, l'ouvrage critique la faculté de médecine pour son « élitisme médical », celui-ci s'exprimant par une quasi-absence de réflexion « sur le rôle et le pouvoir du médecin dans son activité pratique et dans la société en général » (Association vaudoise de médecins progressistes, 1979, p. 8). Les institutions médicales – faculté de médecine comprise – sont dénoncées pour leurs options politiques jugées « conservatrices » : une formation qui ne prépare pas, ou sinon mal, à écouter et comprendre les malades, et à résister aux sollicitations à prescrire des médicaments « destinés à camoufler » les « signes de “maladie” ». La médecine – tant son enseignement que sa pratique²⁹ –, parce qu'elle est ancrée dans la vie sociale et politique, est en soi politique. Soutenir le contraire, affirme le collectif, « c'est faire le jeu des pouvoirs conservateurs en place et vouloir assurer la pérennité des privilèges sociaux et économiques d'une corporation » (Association vaudoise de médecins progressistes, 1979, p. 12).

Au cours des années 1970 et 1980, Jacques Diézi est également engagé dans plusieurs collectifs centrés sur des préoccupations sociales et politiques, notamment autour du nucléaire³⁰. Son rôle d'expert en pharmacologie et toxicologie – que ce soit auprès d'étudiant-es en

27 Dans un entretien publié en 2013, Jacques Diézi se souvient que les actions entreprises par cette association au cours des années 1970, ainsi que l'ouvrage lui-même « ont jeté un pavé dans la mare, mais mettaient en évidence des dysfonctionnements que beaucoup de responsables admettaient sans oser le dire ouvertement ! » (Bovet *et al.*, 2013, p. 606). L'AMP-Vaud a disparu aux alentours de la fin des années 1980, début des années 1990. Entretien avec Jacques Diézi le 9 avril 2020.

28 *Ibid.*

29 Entretien avec Jacques Diézi le 9 avril 2020 (Bovet *et al.*, 2013, p. 607). De plus, à partir de 1975, il devient membre de la Société suisse de néphrologie, dont il devient secrétaire entre 1975 et 1979, puis président entre 1981 et 1983. De 1981 à 1983, il est également membre de la Société suisse de pharmacologie et toxicologie (section toxicologie). Membre du parti socialiste, il est conseiller communal de 1981 à 1994. Aujourd'hui, Jacques Diézi est professeur honoraire de la faculté de médecine de l'Unil.

30 Il préside entre 1980 et 1985 la branche suisse de l'Association internationale des médecins pour la prévention de la guerre nucléaire (IPPNW) (Bovet *et al.*, 2013, p. 607).

médecine, des médias ou des tribunaux – il le conçoit nécessairement comme étant pris dans un contexte social, politique et économique et comme étant inévitablement lié à de tels enjeux³¹.

Sollicité par Roger Schuler pour le compte du comité de l'Adupsy, Jacques Diézi l'est en raison de ses compétences professionnelles en pharmacologie jugées indispensables, étant donné la cure de sommeil administrée à leur ami défunt, de son appartenance à l'AMP-Vaud et de ses conceptions politiques défendues dans le champ de la médecine³². En outre, en 1980, Jacques Diézi bénéficie du statut de professeur à la faculté de médecine de l'université de Lausanne et dispose ainsi d'une légitimité et d'une assise institutionnelle indispensable pour être, le cas échéant, nommé officiellement comme expert devant le tribunal et donc pour intervenir là où les « non-spécialistes » de l'Adupsy ou du groupe des ami-es d'Alain « sont dépourvus de légitimité » (Champy et Israël, 2009, p. 9).

Les militant-es de l'Adupsy engagé-es dans le cadre de l'enquête pénale envisagent de conjuguer l'expertise livrée par le pharmacologue Jacques Diézi (et subsidiairement par celle de l'anesthésiste) à celle du psychiatre Claude Miéville³³. Pourquoi, alors que selon mes informations, ce dernier n'a jamais adhéré à l'Association des médecins progressistes vaudoise (AMP), ni à aucun collectif antipsychiatrique constitué, formel ou informel, Roger Schuler et Bierens de Haan s'adressent-ils à lui ? Et pour quels motifs, celui-ci accepte-t-il de mettre ses compétences et son expertise de psychiatre au service du comité de l'Adupsy³⁴ ?

31 Entretien avec Jacques Diézi le 9 avril 2020 ; Bovet *et al.* (2013, p. 607).

32 Entretien avec Jacques Diézi le 9 avril 2020. Schuler, Roger, lettre adressée pour le comité de l'Adupsy à Jacques Diézi, (s.l.), (s.d.) (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS5).

33 Les militant-es envisagent, accessoirement, de conjuguer ces expertises à celle d'un médecin anesthésiste des Hôpitaux universitaires genevois (HUG) avec lequel ils sont aussi en contact durant cette période, mais qui, d'après les informations dont je dispose, n'interviendra pas davantage dans la suite de cette enquête pénale.

34 Miéville, Claude, lettre adressée à Roger Schuler pour le comité de l'Adupsy, Corsier-sur-Vevey, 2 septembre 1980 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS5).

Claude Miéville (1924-2001) occupe une place tout à fait singulière au sein de la psychiatrie en Suisse romande. C'est un individu à la trajectoire professionnelle atypique, habitué aux prises de positions minoritaires et engagées dans le champ de la santé, notamment sur le rôle du psychiatre et de l'expertise psychiatrique dans le cadre pénal (Miéville, 1975, 1983, 1987).

Fils d'un médecin généraliste, très engagé politiquement³⁵, Claude Miéville entreprend dans un premier temps, tout comme son père, un parcours de somaticien – ou plutôt de « psychosomaticien » convient-il mieux de dire – avant de se tourner vers la psychiatrie et de devenir directeur médical de la Fondation de Nant en 1973³⁶. Miéville effectue ses études et son doctorat à la faculté de médecine de l'université de Lausanne, puis s'installe en 1951 comme généraliste en cabinet privé à Vevey, activité qu'il exerce jusqu'en 1964 (G.-O. C, 1989). Au cours de cette période, il se forme à Paris à la méthode psychoprophylactique d'accouchement sans douleur, une technique d'origine russe parfois aussi appelée « accouchement naturel », relativement controversée dans le champ de la médecine à l'époque en raison de ses origines³⁷. De retour en Suisse, il introduit

35 Adrien Miéville (1890-1964), père de Claude Miéville, est conseiller communal libéral à la Tour-de-Peilz (Vaud) de 1925 à 1933 (Jeanneret, 2010). Indigné par la fusillade de Genève du 9 novembre 1932, au cours de laquelle des officiers et recrues inexpérimentés de l'armée suisse tirent sur des manifestants socialistes lors d'une contre-manifestation, il adhère au parti socialiste vaudois et est élu au Grand Conseil (1933-1937). En 1937, il entre au parti communiste et devient en 1944 membre fondateur du parti ouvrier et populaire (POP). Pendant la guerre, Adrien Miéville aide activement les maquisards savoyards. Il est incarcéré pour activité politique illicite. De 1946 à 1964, il siège au Conseil communal de Vevey, puis, de 1947 à 1950, au Conseil national. Né en France (à Neuilly-sur-Seine) et mort à Vevey, il reçoit la médaille de la Résistance française.

36 Entretien avec Jean-Christophe Miéville, fils de Claude Miéville (infirmier et directeur des soins au CHUV), le 6 mai 2020, Lausanne (Panchaud, 2018a, 2018b).

37 Claude Miéville se forme auprès de l'obstétricien français Fernand Lamaze (Brumagne, 1955), réputé pour avoir importé et diffusé cette méthode d'origine russe en France au début des années 1950, dans un contexte marqué par la Guerre froide. Pour plus de détails sur ce sujet voir Vuille (2015, 2017). Entretien avec Jean-Christophe Miéville le 6 mai 2020, Lausanne.

cette méthode et la gymnastique prénatale à l'hôpital de Lavaux à Cully (Vaud), où il exerce également³⁸ (Brumagne, 1955).

En 1964, âgé d'une quarantaine d'années, il quitte son cabinet de généraliste pour se former en psychiatrie : d'abord comme médecin assistant à l'hôpital de Cery, puis en tant que chef de clinique à la polyclinique de Lausanne, à l'hôpital Nestlé (G.-O. C, 1989³⁹). Durant cette nouvelle période de formation, il effectue un séjour de six mois à l'école du psychanalyste Michel Sapir à Paris, où il fait la connaissance du psychiatre et psychanalyste anglais d'origine hongroise Michael Balint (1896-1970), réputé pour l'approche groupale qui porte son nom (G.-O. C, 1989). De retour à Lausanne, il crée un nouveau service de psychologie médicale à la polyclinique de l'hôpital Nestlé, dans l'intention de tisser des liens entre la psychanalyse et la médecine générale et de favoriser une perspective pluridisciplinaire (G.-O. C, 1989⁴⁰).

En 1973, Claude Miéville est appelé par le fils des fondateurs de la Fondation de Nant à diriger cet établissement, alors que celui-ci est destiné à devenir l'hôpital du secteur de l'Est vaudois⁴¹.

Lorsqu'il est nommé directeur de cet établissement, Claude Miéville a une conception résolument psychodynamique des troubles psychiques⁴². Il y favorise le développement des approches psychocorporelles (technique des packs, relaxation, massages), des

38 *Ibid.*

39 Entretien avec Jean-Christophe Miéville le 6 mai 2020, Lausanne. Entretien avec G., psychiatre et collaborateur de Claude Miéville à la Fondation de Nant de 1977 à 1982 et de 1985 à 1989, le 28 avril 2020, Lausanne. Entretien avec Raymond Panchaud, directeur des soins de la Fondation de Nant, et collaborateur de Claude Miéville de 1983 à 1989, le 23 avril 2020, à Corsier-sur-Vevey.

40 Ce service deviendra par la suite le service de psychiatrie de liaison du CHUV. Entretien avec Jean-Christophe Miéville le 6 mai 2020, Lausanne (Panchaud, 2018b, p. 87).

41 Entretien avec Raymond Panchaud le 23 avril 2020. Pour des informations sur l'histoire de la Fondation de Nant, voir l'ouvrage publié à l'occasion du 75^e anniversaire de cet établissement (Panchaud, 2018a) ainsi que la thèse de doctorat très fouillée sur ce sujet du même auteur (Panchaud, 2018b).

42 Claude Miéville succède au Dr Pinard, vivement critiqué, notamment parmi le personnel de la clinique, pour être un organiciste « pur et dur » formé aux États-Unis ainsi que pour être spécialisé dans la pratique des électrochocs (Panchaud, 2018a, p. 78).

groupes Balint ainsi qu'une philosophie de soins pluridisciplinaire, centrée sur la relation, qui accorde une place importante et hiérarchiquement autonome aux soignant-es et travailleur-euses non médecins (infirmier-ères, psychologues, ergothérapeutes, physiothérapeutes, musicothérapeutes, assistant-es sociale-aux⁴³).

En 1979, Claude Miéville est président de la Société suisse de psychiatrie (SSP), et lorsqu'il est contacté par Bierens de Haan et Roger Schuler en 1980, il en est le vice-président. Expert-psychiatre auprès des tribunaux, Claude Miéville défend publiquement, à partir de 1974, une position jugée pour le moins « non conformiste » (P. B., 1974, 1975) sur le rôle du psychiatre expert dans le cadre d'une procédure pénale. Ses prises de position, qui déjouent les attentes de la justice pénale, lui valent d'être pris dans une polémique médiatisée dans la presse lémanique au printemps 1975. Au cours de cette polémique, Claude Miéville publie un article remarqué dans le *Bulletin des médecins suisses* (Miéville, 1975⁴⁴). Dans cette publication ainsi que dans d'autres, ultérieures, dans lesquelles il développe plus

43 Aspect novateur pour l'époque, il instaura une direction tripartite incluant une direction des soins attribuée à un infirmier. Entretien avec Jean-Christophe Miéville, le 6 mai 2020, Lausanne (Panchaud, 2018a, 2018b). Sur la conception de Claude Miéville de la maladie mentale, de la transformation des hôpitaux psychiatriques au début des années 1970 et des thérapies institutionnelles appelées alors à être développées selon lui (ergothérapie, physiothérapie, expression corporelle ou plastique, musicothérapie, etc.) voir (Miéville, 1974).

44 C'est dans le cadre d'un procès pénal que les prises de position de Miéville, appelé à livrer une contre-expertise, suscite initialement le débat au sein des mondes judiciaire et psychiatrique (P. B., 1975). La publication de Claude Miéville du printemps 1975 dans la *Revue médicale de Suisse romande* fait suite à ces premières prises de position exprimées dans ce contexte et relayées par la presse. Fait suffisamment rare pour être relevé, cet article est lui aussi commenté dans la presse écrite (notamment dans l'édition du *24 Heures* du 25 mars 1975). La prise de position médiatisée de Claude Miéville suscite une lettre de protestation de membres de l'administration judiciaire vaudoise au médecin cantonal (Marcel Cevey) auquel ils demandent la citation de Miéville devant le Conseil de santé (un organe cantonal composé du département de l'intérieur, du médecin cantonal, des chefs du service de la santé publique et du service vétérinaire et de neuf personnes n'appartenant pas à l'administration : quatre médecins, un dentiste, un pharmacien, deux avocats et un « profane ») (Meuwly, 1975). Pour le juge d'instruction du canton de Vaud, qui le premier s'offusque des prises de position de Miéville dans le cadre du procès pénal en question, « l'expert, quelle que soit sa spécialité, a pour mission première d'aider le juge à appliquer la loi et non de se mettre au service de l'accusé », chose qu'il reproche précisément à Miéville de faire.

longuement sa position (Miéville, 1983, 1987), Miéville procède à une critique radicale de l'expertise psychiatrique dans le domaine pénal ainsi que de l'identité et du rôle de « l'expert psychiatre » dans ce contexte. L'expertise psychiatrique en matière pénale, dénonce Miéville, est « marquée par le scientisme » de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècle : « on la veut scientifique, neutre, objective », alors qu'elle « n'est, le plus souvent, qu'un jugement de valeur » (Miéville, 1983, p. 671⁴⁵). Avec une telle conception de l'expert-e, les autorités judiciaires, critique Miéville, « font participer directement le psychiatre au jugement, tout en donnant bonne conscience au tribunal », puisque dans les faits « tout se juge au stade de l'examen psychiatrique » (Miéville, 1983, p. 673). Sans pour autant renoncer à intervenir dans le contexte pénal, Miéville propose au psychiatre appelé comme expert-e de refuser de se prononcer sur la responsabilité pénale de l'inculpé et d'investir la fonction psychothérapeutique d'expert-e médecin. En investissant la relation « de sujet à sujet » et en mobilisant ses compétences relationnelles, l'expert-e psychiatre devient celui ou celle qui peut recevoir la parole du prévenu, la comprendre et la transmettre (Miéville, 1983, p. 675). Certes, l'objectivité de l'expertise du psychiatre est utopique, en revanche, sa neutralité existe et demeure indispensable. D'après Miéville :

« Dans ce nouveau rôle de *porte-parole*, de *témoin* des mécanismes psychologiques du prévenu, le psychiatre expert doit essayer de faire comprendre le comportement apparemment aberrant d'un individu en fonction de sa personnalité psychopathologique (qui peut être fluctuante et évolutive), de différents processus psycho-dynamiques, du contexte psycho-social. Il faut cesser de poser au psychiatre des questions pour lesquelles il n'est pas compétent (responsabilité, « dangerosité », réadaptabilité). Engagé dans une relation avec le prévenu, le psychiatre en jouant son rôle professionnel, et dans son identité de médecin psychothérapeute, ne peut que se sentir responsable du patient. Il n'a aucune responsabilité vis-à-vis du tribunal. » (1983, p. 675) (Il souligne)

45 Pour Miéville, c'est « la distinction moderne », « abusive » et manichéenne, « entre criminel mauvais et criminel malade que l'on relève dès le XIX^e siècle » qui non seulement se trouve au fondement de la création et de la multiplication des « institutions totalitaires et monstrueuses que furent l'asile d'aliénés et la prison », mais continue d'influencer l'expertise psychiatrique (Miéville, 1983, p. 671).

Selon cette conception « miévillesque⁴⁶ », l'expert-e psychiatre doit mettre ses compétences et ses savoirs au service de la défense de l'inculpé-e et dénoncer l'expertise « effectuée dans le traditionalisme » (1983, p. 673). Plus largement, il doit dénoncer le système pénitentiaire ainsi que « les mesures répressives » existantes encore dans la société, « mesures non seulement inhumaines et indignes, mais dangereuses, dégradantes et mutilantes » (Miéville, 1983, p. 676).

Entre 1976 et 1977, Claude Miéville s'engage également dans des débats télévisés consacrés à des thématiques psychiatriques faisant l'actualité, notamment lors de deux émissions à la télévision romande. La première, qui a lieu en mai 1976, est organisée à la suite des deux affaires d'internement psychiatrique à Genève – celle de la jeune commerçante et celle de l'étudiant en droit –, entre-temps déjà médiatisées dans la presse écrite⁴⁷. Le débat, animé par le journaliste Jean Dumur, rassemble, outre Claude Miéville, quatre autres personnalités romandes : Marcel Cevey, médecin cantonal (Vaud) ; Charles Durand, professeur à la faculté de médecine de Genève, directeur de la clinique psychiatrique de Prangins (Vaud) ; Roger Dussaix, juge d'instruction, membre du CSP (Genève) ; et Christian Grobet, avocat, conseiller national socialiste (Genève). La seconde émission de débat est organisée en septembre 1977, cette fois à la suite de la « querelle des anciens et des modernes » – soit de l'affaire dite « des deux médecins⁴⁸ ». Le titre de l'émission annonce l'objet du débat : « Faut-il fermer les hôpitaux psychiatriques ? » Cette fois sont invités uniquement des psychiatres et pas seulement de Suisse romande : Claude Miéville ainsi que le célèbre Franco Basaglia, alors directeur de l'hôpital psychiatrique de Trieste ; Michel Monroy, médecin de l'hôpital psychiatrique de Moisselles, près de Paris ; Maurice Rémy, directeur des établissements

46 J'emprunte cette expression à l'un de ses anciens collaborateurs psychiatre à la Fondation de Nant. Entretien avec G. le 28 avril 2020.

47 « TV Romande. Dimanche 30 novembre. L'internement psychiatrique », 1976.

48 « TV Romande. Dimanche 30 novembre. "Table ouverte" : faut-il fermer les hôpitaux psychiatriques ? », 1977.

hospitaliers de Marsens (Fribourg) ; et René Tissot de la clinique psychiatrique de Bel-Air. D'ancien·nes collègues de Claude Miéville se souviennent de ses prises de position médiatiques jugées radicales et politiquement tranchées, notamment lors du débat télévisé consacré à la question de la fermeture des hôpitaux psychiatriques⁴⁹. À leur souvenir, Miéville était le seul à soutenir les positions défendues par Franco Basaglia face aux trois autres participants (Panchaud, 2018b, p. 418⁵⁰).

Contemporain de Basaglia, Claude Miéville n'a semble-t-il jamais participé, du moins pas activement, aux Réseau international ou Réseau romand d'alternative à la psychiatrie, ni à l'AMP-Vaud. Néanmoins, Claude Miéville est un psychiatre engagé dans le champ professionnel qui est le sien, particulièrement remarqué pour ses prises de position critiques sur le rôle du psychiatre dans le cadre d'une procédure pénale, y compris sur le pouvoir qui dans « le traditionalisme » (Miéville, 1983) est attribué au psychiatre par le juge⁵¹. En ce sens, c'est un praticien engagé davantage individuellement que collectivement (Champy et Israël, 2009), dont l'expertise lui permet d'intervenir là où d'autres, non-spécialistes, ne sont pas autorisé·es⁵² : dans l'espace médiatique et dans l'arène judiciaire pénale. C'est pour ces motifs essentiellement – mais aussi parce que l'hôpital psychiatrique de Nant dispose alors de la réputation en Suisse romande de ne pas avoir de service de soins fermé ni de chambres d'isolement⁵³ – que Bierens de Haan et Roger Schuler

49 Entretien avec G. le 28 avril 2020 et avec Raymond Panchaud le 23 avril 2020. Renseignement pris auprès des archivistes de la télévision suisse romande, les archives de ces deux émissions TV ne sont malheureusement plus disponibles.

50 Curieux et intéressé par les expériences menées en Italie après la loi de 1978 et la fermeture des hôpitaux psychiatriques, Claude Miéville invite en 1979 quatre ou cinq membres du personnel de la Fondation de Nant à visiter un centre ambulatoire à Vérone. Entretien avec G. le 28 avril 2020, Lausanne.

51 Voir également à ce sujet Miéville (1975, 1987).

52 À noter que d'après les informations à disposition, Claude Miéville n'a jamais occupé de fonction académique à l'université. Entretien avec Jean-Christophe Miéville le 6 mai 2020.

53 Entretien avec G. le 28 avril 2020.

choisissent de s'adresser à lui dans la situation qui les occupe à l'été 1980. Dans un courrier adressé aux deux militants début septembre 1980, Claude Miéville confirme qu'il accepte de mettre ses compétences « au service du comité de l'Adupsy » et livre un aperçu écrit de la façon dont il pense intervenir dans le cadre de la procédure pénale s'il est effectivement mandaté en qualité d'expert par le juge⁵⁴.

Jacques Diézi, de son côté, transmet mi-octobre 1980, un document écrit de trois pages au comité de l'Adupsy⁵⁵, dans lequel il propose une analyse du traitement de cure de sommeil administré à Alain Urban. Dans celui-ci, Diézi critique vivement le fondement scientifique de la pratique des cures de sommeil pour lesquelles il n'existe, d'après lui, pas « de preuves qu'un bénéfice thérapeutique puisse être obtenu ». Dans de telles conditions, affirme-t-il, il faut examiner le traitement à l'aune du « risque pris », qui doit être réduit au strict minimum « par l'utilisation limitée (en durée et en doses) de médicaments » d'une part, et « par un contrôle rigoureux et attentif des manifestations éventuelles de toxicité médicamenteuse » d'autre part.

Diézi procède ensuite à un examen des doses et des effets toxiques des médicaments administrés lors de cette cure – y compris sous l'angle de leurs effets potentialisateurs dus à leurs interactions –, à partir des différentes catégories pharmacologiques auxquelles ces substances appartiennent (phénothiazines ; benzodiazépines ; barbituriques et anticholinergiques). Il termine son rapport par deux points de conclusion. Le premier souligne l'association, durant plusieurs jours, de « substances hautement actives, chacune à dose massive », laquelle présente des « risques d'effets toxiques [...] particulièrement élevés ». Parmi ces derniers, Diézi en retient deux des plus notables : « les effets dépresseurs sur le système nerveux

54 Miéville, Claude, lettre adressée à Roger Schuler pour le comité de l'Adupsy, Corsier-sur-Vevey, 2 septembre 1980 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS5).

55 Diézi, Jacques, « Commentaire à propos de la mort de M. Alain U. au cours d'une cure de sommeil », Lausanne, 17 octobre 1980 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

central et la toxicité à l'égard du système cardiovasculaire ». Dans le second point de conclusion à son rapport, Diézi émet un jugement critique fort sur le traitement pharmacologique administré à Alain Urban, qu'il considère comme « injustifié » au vu des risques qu'il fait courir et de son efficacité « pour le moins douteuse ». Ce jugement critique, Diézi le généralise à tout traitement de ce type en affirmant qu'« outre le cas précis qui est discuté ici, cette remarque s'applique aussi bien aux “cures de sommeil” en général⁵⁶ ». Aussi, en octobre 1980, Diézi se situe en opposition radicale par rapport à l'opinion défendue publiquement par les psychiatres responsables d'institutions psychiatriques romandes, signataires de la lettre qu'ils font paraître le 25 juillet 1980 dans le *Journal de Genève* (Guggisberg *et al.*, 1980) et dans laquelle ils défendent la pratique des cures de sommeil – ou « cure de détente » selon leur expression – tout en exprimant leur soutien à René Tissot.

À cette période, soit à l'automne 1980, Claude Miéville transmet lui aussi sur demande du comité de l'Adupsy, une présentation succincte de l'intervention qu'il prévoit auprès du juge d'instruction⁵⁷. Ces documents sont transmis et mis à la disposition des personnes chargées d'alimenter le dossier d'enquête pour la partie civile, dont les deux experts sollicités. Mais les militant-es et ami-es d'Alain mobilisé-es dans le cadre de cette enquête pénale, par le biais de Roger Schuler, avouent aux experts leur impatience. D'après eux, il ne se passe pas grand-chose du côté de la justice : le juge d'instruction a procédé à quelques auditions (d'infirmier-ères du service mis en cause et de René Tissot), le rapport d'autopsie, toutefois, se fait attendre⁵⁸. Aussi, à l'automne 1980, Roger Schuler et Barthold Bierens de Haan envisagent de procéder en deux temps : dans l'immédiat, transmettre au juge d'instruction un dossier synthétisant l'ensemble des informations dont ils disposent jusque-là sur le

56 *Ibid.*

57 Schuler, Roger, lettre adressée à Jacques Diézi, Genève, 25 octobre 1980 ; Schuler, Roger, lettre adressée à Claude Miéville, Genève, (s.d.). (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS5).

58 *Ibid.*

déroulement du traitement d'Alain Urban⁵⁹. Ensuite, s'il s'avérait que le juge ne prenait aucune décision allant dans le sens d'une inculpation, d'une audition d'experts ou de la désignation officielle d'une mission d'expertise, lui transmettre un nouveau dossier contenant les documents d'expertise fournis par Claude Miéville et Jaques Diézi⁶⁰.

En janvier 1981, l'avocat Nils de Dardel exprime l'indignation des personnes qui l'ont mandaté : celles-ci sont « scandalisé[e]s » de n'avoir été ni consultées, ni auditionnées, ni même informées de l'avancement de la procédure⁶¹. Pourquoi leur refuser l'accès au rapport d'autopsie, rendu à mi-décembre (par le Pr Jacques Bernheim de l'Institut médico-légal de la faculté de médecine) ? Celui-ci est-il « si explicite et conforme » aux éléments que de Dardel a exposé au nom de ses mandataires au juge, que celui-ci tarderait à le leur montrer ?

Le juge d'instruction ayant communiqué à l'avocat de Dardel son intention de procéder par audition une fois le rapport d'autopsie réceptionné, ce dernier plaide auprès du juge en faveur d'une mission d'expertise qui comprenne une appréciation à la fois d'ordre psychiatrique et d'ordre pharmacologique⁶². Le mandat d'expertise devrait porter sur la détermination de la cause du décès, et inclure l'établissement de fautes médicales graves l'ayant provoqué d'après l'avocat. Puisque René Tissot, argumente de Dardel, a non seulement une formation de psychiatre (voire de neurologue), mais est réputé surtout pour être « un spécialiste averti des médicaments utilisés » dans les soins en psychiatrie, l'un des experts désignés doit nécessairement être un pharmacologue. En porte-parole de

59 Ces informations ont été entre-temps passées en revue et ajustées par l'anesthésiste qu'ils ont sollicité.

60 Schuler, Roger, lettre adressée à Jacques Diézi, Genève, 25 octobre 1980 ; Schuler, Roger, lettre adressée à Claude Miéville, Genève, (s.d.). (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS5).

61 De Dardel, Niels, lettre adressée au juge d'instruction, Genève, 9 janvier 1981 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

62 *Ibid.*

ses mandataires, de Dardel requiert que trois experts soient désignés, dont un psychiatre et un pharmacologue. De plus, fait valoir l'avocat, l'un des trois experts devrait être désigné sur suggestion de la partie civile. Et de Dardel de suggérer un pharmacologue – Jacques Diézi, dont il précise l'affiliation institutionnelle – et trois psychiatres, dont en premier lieu Claude Miéville, pour lequel il indique l'affiliation institutionnelle et la fonction d'ancien président de la Société suisse de psychiatrie et d'actuel vice-président de cette même association⁶³.

Les militant·es mobilisé·es craignent toutefois que le juge ne désigne comme expert des psychiatres – tous des hommes – signataires de la lettre parue quelques mois plus tôt dans le *Journal de Genève*, le 25 juillet (Guggisberg *et al.*, 1980), dans laquelle ceux-ci manifestaient leur soutien à René Tissot en minimisant les problèmes posés par la mort d'Alain Urban. Dès lors, l'avocat rappelle au juge d'instruction les propos soutenus dans cette lettre ouverte (« mort imprévisible et inexplicée » ; traitement non pas d'« une cure de sommeil », mais d'« une cure de détente ») en regard des missions devant être remplies par le mandat d'expertise, et lui demande d'exclure la désignation des psychiatres signataires à titre d'expert⁶⁴.

Roger Schuler, les ami·es d'Alain et les membres du comité de l'Adupsy avec lequel-les ils échangent dans le cadre de cette expertise pénale, afin de définir une stratégie d'action qui tienne compte des règles, normes et valeurs qui régissent cette arène, envisagent en janvier 1981, la possibilité que le juge d'instruction puisse ne pas mandater les experts qu'ils cherchent à lui imposer. Aussi, proposent-ils

63 Les deux autres psychiatres proposés sont engagés parallèlement à leur carrière professionnelle dans les partis socialistes suisse et allemand : l'un en Suisse allemande, l'autre en Allemagne de l'Ouest. Le psychiatre en Suisse allemande, précise Niels de Dardel au juge, a été désigné à de multiples reprises devant les tribunaux. Je renonce ici à préciser leur affiliation professionnelle ainsi que leur engagement et notoriété politique, pour des raisons de confidentialité. Le fait qu'ils n'aient par ailleurs jamais été désignés comme expert dans le cadre de cette enquête pénale justifie aussi ce choix. *Ibid.*

64 De Dardel, Niels, lettre adressée au juge d'instruction, Genève, 9 janvier 1981 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

et elles à Claude Miéville et Jacques Diézi de les mobiliser le cas échéant pour une contre-expertise qu'ils exigeraient auprès du juge⁶⁵. L'expertise pharmacologique leur paraît toujours aussi centrale.

En avril 1981, le juge d'instruction communique sa décision à l'avocat de Dardel d'accepter Sylvie Haller comme partie civile, contrairement à l'Adupsy. Il l'informe également de sa volonté de désigner un collègue d'experts comprenant un psychiatre, un pharmacologue et un interniste⁶⁶ et lui communique les noms des trois experts pressentis, dont un seul a accepté de faire partie du collège d'experts⁶⁷. Ces experts proviennent tous trois de Suisse allemande : le juge d'instruction a manifestement entendu les arguments de l'avocat et des quelques membres de l'Adupsy mobilisé-es avec lui. Il faudra néanmoins encore plusieurs mois au juge d'instruction avant de donner officiellement mandat à ce collège de trois experts, enfin au complet, puisque ce n'est que le 15 octobre 1981 (soit plus de quinze mois après l'ouverture de l'enquête), qu'il adresse une mission officielle d'expertise aux experts désignés : Klaus Ernst, directeur de la clinique psychiatrique universitaire de Zurich (PUK) ; Paul Frick, directeur du département de médecine interne de l'hôpital cantonal universitaire de Zurich ; et Rudolf Preisig, directeur de l'Institut de pharmacologie clinique de l'université de Berne⁶⁸.

6.3 Une première expertise

La mission d'expertise confiée au collège d'experts consiste à répondre à une série de questions (seize au total) en rapport

65 Schuler, Roger, lettre adressée à un anesthésiste, Genève, 10 janvier 1981 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS5).

66 Pouvoir judiciaire, Cabinet des juges d'instructions, lettre adressée par le juge d'instruction à Niels de Dardel, Genève, 18 juin 1981 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

67 Les motifs de refus invoqués sont, pour l'interniste, une surcharge de travail et, pour le psychiatre, un congé sabbatique.

68 Ernst, Klaus, Frick, Paul et Preisig, Rudolf, Rapport d'expertise adressé au juge d'instruction, Zurich, 30 avril 1982 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

avec le décès d'Alain Urban et l'existence éventuelle d'une « erreur médicale » ou « faute professionnelle⁶⁹ ». Ces questions portent sur le traitement lui-même (indication et justification de la mesure d'isolement et de la cure de sommeil, consentement, conformité « aux règles de l'art »), sur les précautions médicales et mesures de contrôle prises au cours du traitement, sur les causes du décès, et sur l'existence ou non d'un lien de causalité entre une « faute » ou « erreur » médicale éventuelle et le décès d'Alain Urban. Les premières questions posées (quatre) sont formulées par le juge d'instruction, les suivantes sont adressées directement par la partie civile (soit par l'avocat Nils de Dardel au nom de la compagne d'Alain Urban).

Le rapport d'expertise, de trente-huit pages, est rendu le 30 avril 1982. Dans la détermination de l'existence ou non de fautes professionnelles – thématique constituant le chapitre le plus volumineux de l'expertise –, l'examen des indications et de l'exécution de la cure de sommeil administrée (doses et combinaison médicamenteuses) occupe une place importante. Selon les experts, seule « la thérapeutique plus douce à l'aide d'électrochocs » aurait pu constituer une alternative à la cure de sommeil, deux traitements « beaucoup moins dangereux » d'après eux, que l'état dans lequel se trouvait le patient lors de son hospitalisation. Son « excitation », précisent les experts, est un état « effrayant » où il est « question de vie ou de mort », un enjeu qui de leur point de vue échappe au « profane » qui « est souvent incapable d'imaginer qu'il s'agit d'une [telle] question ». Autrement dit, en dehors de ces deux traitements, aucune autre alternative – ou « solution meilleure » – n'aurait pu être trouvée.

D'après les experts, deux motifs justifient le fait que les médecins responsables aient renoncé à un traitement par électrochocs, et qu'ils aient opté, en conséquence, pour une cure de sommeil.

Lors d'une précédente hospitalisation, un traitement par électrochocs a été appliqué au patient, lequel a été interrompu après trois

69 *Ibid.*

séances, l'état du patient ayant empiré. « Ce fut un échec », concèdent les experts ; bien que de leur avis la poursuite du traitement aurait très bien pu déboucher sur un « succès ». Mais une seconde raison justifie que les médecins responsables n'aient pas opté pour cette solution : « Parmi le public, de même que parmi une grande partie du personnel psychiatrique insuffisamment informé, les EC [électrochocs] représentent pour des raisons irrationnelles (mode de torture au nom identique), un danger vital et une menace pour le bon fonctionnement cérébral ultérieur du malade soumis à ce traitement⁷⁰. » (Ils soulignent)

La littérature, regrette Klaus Ernst, prouvant le contraire – basée sur « l'expérience contrôlée » – est cependant « inconnue du personnel psychiatrique, y compris de nombreux médecins », et lorsqu'elle est connue, elle se trouve « étouffée par les informations émotionnelles erronées données par les mass medias⁷¹. » Par conséquent, jugent les experts, il aurait été difficile, voire impossible, pour les médecins de la clinique, « d'imposer » un tel traitement à un malade « très atteint » – bien que « la menace de danger somatique » aurait précisément plaidé pour ce type de traitement. Le médecin qui en aurait eu l'intention aurait d'emblée dû s'attendre à « des reproches d'humanité » de la part de tiers. La cure de sommeil, estiment-ils, a donc été prescrite en raison d'une indication réelle – « un état d'agitation délirante » – et en l'absence d'autre alternative possible.

Y aurait-il eu surdosage médicamenteux ? Y aurait-il eu une association exagérée de médicaments ? Les experts répondent par la négative aux deux interrogations qui leur sont posées. Certes, les doses de médicaments administrés étaient en général très élevées, mais la situation d'urgence ne permettait pas aux médecins « de

70 Ernst, Klaus, Frick, Paul et Preisig, Rudolf, Rapport d'expertise adressé au juge d'instruction, Zurich, 30 avril 1982, p. 25 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

71 Klaus Ernst, qui regrette cet état de fait, affirme à ce propos : « C'est ainsi que le sousigné [...], dans sa propre clinique, ne réussit pas dans tous les cas à imposer ce traitement, pourtant indiqué dans l'intérêt du patient. ». Ernst, Klaus, Frick, Paul et Preisig, Rudolf, Rapport d'expertise adressé au juge d'instruction, Zurich, 30 avril 1982, p. 25 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

peser tranquillement le pour et le contre », et surtout, l'« état d'excitation psychomotrice » du malade « était plus dangereux que les effets secondaires provoqués par les médicaments à doses élevées ».

S'agissant des doses de *neuroleptiques* (ou sédatifs), les auteurs de l'expertise affirment clairement : « les doses les plus fortes administrées à Alain Urban se situent sans exception en dessous des doses les plus élevées (c'est-à-dire des doses maximales appliquées durant certaines cures), citées dans le travail d'ensemble d'Angst, en 1974. » Pour étayer leur jugement, les auteurs de l'expertise effectuent une distinction entre ce qu'ils appellent les « doses maximales » indiquées pour les cas de « cure normale », et décrites dans la littérature sur le sujet, et les « limites » – au sens de « limites absolues » – administrées dans certaines cures, lesquelles sont appliquées à « des malades dangereusement excités », justement parce qu'ils ne réagissent pas aux doses conventionnelles. Selon les auteurs de l'expertise, ces cas sont aussi mentionnés dans la littérature médicale, et ils fournissent une référence pour chacun des trois exemples qu'ils utilisent à titre de preuves : des doses « dix fois plus élevées » que la « dose maximale normale » sont recommandées dans certaines psychoses schizophréniques (Steiner, 1978) ; « [c]hez certains malades résistant au traitement », des doses plus élevées encore peuvent être appliquées (Gerlach, 1977) ; et des doses vingt fois plus élevées du neuroleptique *Halopéridol* ont été administrées pendant quinze jours à un schizophrène, sans qu'elles ne provoquent chez lui d'effets secondaires « dangereux » (Zarifian, 1982), un exemple « parmi beaucoup d'autres », selon les auteurs de l'expertise.

À l'égard de l'administration de *barbituriques* – dans le cas d'espèce le *Tuinal* –, les experts manifestent davantage de retenue. La littérature « moderne » à ce sujet fait défaut, « puisque les cures de sommeil au cours desquelles les barbituriques ont joué le rôle principal dans l'application de la cure ne sont plus que rarement effectuées à l'heure actuelle⁷² ». Pour autant, il n'y a pas eu surdo-

72 Ernst, Klaus, Frick, Paul et Preisig, Rudolf, Rapport d'expertise adressé au juge d'instruction, Zurich, 30 avril 1982, p. 28 (archives privées Bierens de Haan, classeur

sage et donc faute professionnelle, jugent les experts, « car le patient n'a jamais dormi longuement de façon continue », n'est pas non plus tombé dans « un état de narcose à réveil impossible », ni dans un « coma prolongé » qui est l'« un des dangers les plus sérieux dans la cure de sommeil classique » selon eux.

Qu'en est-il de l'association de médicaments, envers laquelle des pièces versées au dossier d'enquête par la partie civile mettent en garde, soulignant qu'elle provoquerait plus souvent des effets secondaires (qu'une monothérapie) ? D'après les experts, « en pratique », le médecin recourt fréquemment à l'association médicamenteuse, précisément parce qu'il « craint les dosages extrêmes » qu'ils ont évoqués, et dont il faut aussi « se méfier [...] selon d'autres publications », ajoutent-ils. Les médecins, précisent-ils, tentent donc par un autre moyen, l'adjonction progressive d'autres sédatifs, d'atteindre le même but que celui visé par l'augmentation des doses d'un seul médicament. Dans le cas précis, les médecins ont eu raison de procéder ainsi, jugent les experts, puisque l'adjonction de plusieurs médicaments a été « couronnée de succès », lors d'une précédente hospitalisation.

Aussi, après examen du dossier médical du patient, les experts se prononcent sans émettre aucun doute :

« Nous arrivons à la conclusion que les médecins responsables, en présence de l'agitation extrême du patient et compte tenu de sa résistance au traitement, n'ont en aucun moment dépassé le cadre d'une appréciation judiciaire. Ceci d'autant plus que le patient, au cours de périodes antérieures de sa maladie, avait bien supporté une forte médication combinée⁷³. »

L'expertise, je l'ai dit, couvre bien d'autres aspects liés au décès et au traitement d'Alain Urban, dont je ne rendrai pas compte. Je me bornerai ici à souligner que pour chacune des questions qui leur sont soumises, la réponse des experts est identique : non, il n'y a pas eu d'erreur ou de faute professionnelle.

Alain U. Commission d'enquête, etc.).

Mais en définitive : qu'en est-il de la *cause* de la mort selon ces experts ? Interrogation qui leur a été adressée par la partie civile. Convaincus de leur jugement – ils n'expriment aucun doute à ce sujet –, les experts affirment que tant l'évolution clinique de la cure de sommeil administrée, que les résultats de l'autopsie, leur « permettent de conclure *a posteriori* que la mort a été causée *par un trouble aigu du rythme cardiaque déclenché par les phénothiazines*. Cette issue fatale n'est pas imputable à une faute professionnelle⁷⁴ » (je souligne), précisent-ils une ultime fois.

Les militant-es de l'Adupsy engagé-es et ami-es d'Alain Urban dans cette procédure pénale, certes pour le moins déçu-es par cette expertise, n'en restent toutefois pas là. Sollicité par l'avocat Nils de Dardel, Claude Miéville livre un avis très tranché sur cette expertise, rédigée d'après lui « dans l'intention délibérée *a priori* de justifier les attitudes médicales des responsables de l'hospitalisation tragique d'Alain Urban⁷⁵ ».

Le problème fondamental de cette expertise, estime Miéville, est qu'elle provient d'un psychiatre, Klaus Ernst – manifestement auteur principal du texte – qui appartient au même courant de la psychiatrie biologique et partage les mêmes conceptions de la psychiatrie, de l'institution psychiatrique, en particulier des traitements hospitaliers, que celles défendues par René Tissot lorsqu'il dirigeait la clinique de Bel-Air :

« [...] de telle sorte que l'expert-psychiatre ne peut qu'estimer légitime la prise en charge et le traitement d'Alain Urban tels qu'ils ont été faits à Bel-Air. Si l'on accepte les pratiques institutionnelles (enfermement, chambre d'isolement, cure de sommeil, électrochocs, etc.) telles qu'elles se faisaient à Bel-Air avec le Prof. Tissot et telles qu'elles existent encore dans beaucoup d'hôpitaux psychiatriques classiques, il n'est pas possible de reprocher une faute professionnelle au Prof. Tissot et à son équipe. Une telle expertise me paraît donc absolument inutile ; c'est un type de pratique et conception psychiatriques qu'il

74 Les phénothiazines sont des antipsychotiques qui appartiennent à la classe des neuroleptiques.

75 Miéville, Claude, lettre adressée à Nils de Dardel, Corsier, 11 février 1983 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS5).

faut condamner et non pas des actes thérapeutiques ponctuels à propos d'un patient, actes qui peuvent toujours se justifier dans une pratique médicale⁷⁶. »

Appelé à formuler des remarques sur des éléments de fond de cette expertise, afin de relancer pour la partie civile l'enquête auprès du juge, Miéville soulève une dizaine de points qu'il juge très discutables⁷⁷. Cependant pour lui, cet exercice relève en somme d'un « épiluchage [...] stérile ». Une expertise confiée à un expert-psychiatre dont l'orientation aurait été différente – « par exemple centrée beaucoup plus sur une compréhension et une thérapeutique relationnelle et psychodynamique » – aurait abouti à des conclusions diamétralement opposées. Dans cette situation, il lui paraît évident qu'une « véritable faute professionnelle » ne pourra être reprochée aux médecins responsables : « encore une fois, c'est la mentalité d'un patron et une pratique psychiatrique qui sont en cause⁷⁸. » Chercher à poser des questions supplémentaires aux experts est « tout à fait inutile », estime-t-il, puisqu'« ils ne pourront que répondre dans le même esprit que celui du texte de leur expertise ».

Les personnes mobilisées dans le cadre de cette enquête pénale avouent regretter le fait d'avoir manqué l'information quant à l'appartenance de Klaus Ernst à « l'école de la psychiatrie dite

76 *Ibid.*

77 Parmi les points relevés par Miéville : le fait de minimiser les effets secondaires des neuroleptiques ; l'affirmation des experts qu'un état psychique grave entraîne des dysfonctions métaboliques et neurovégétatives avec fièvre et hypertension artérielle, une affirmation d'après Miéville jamais prouvée et erronée puisque ces complications peuvent avoir d'autres origines que l'atteinte psychique elle-même ; le faux dilemme avancé par les experts entre cure de sommeil et électrochocs – d'autres façons d'agir et de traiter permettant d'intervenir auprès d'un patient présentant la symptomatologie décrite – ; et l'interprétation des comportements « de tension, d'excitation ou d'agitation » du patient, toujours entièrement mis sur le compte d'une maladie psychique « et jamais compris comme des comportements réactionnels du patient face aux contraintes, à la situation d'enfermement, à l'incompréhension dont il était l'objet ». Miéville, Claude, lettre adressée à Nils de Dardel, Corsier, 11 février 1983 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS5).

78 Miéville, Claude, lettre adressée à Nils de Dardel, Corsier, 11 février 1983 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS5).

biologique⁷⁹ » et, surtout – comme le leur fait aussi savoir Miéville⁸⁰ – d'avoir ignoré que celui-ci entretenait des relations amicales avec René Tissot. S'ils avaient disposé de ces informations, ils auraient exigé sa récusation auprès du juge⁸¹. Ce qui les surprend tout particulièrement, c'est que dans une telle affaire, l'expertise psychiatrique puisse importer davantage que celle du pharmacologue et de l'interniste. Estimant qu'il n'est pas possible de démontrer « juridiquement » qu'une école ou un courant psychiatrique est « meilleur » que l'autre⁸², et souhaitant éviter un débat qu'ils jugent en ce sens « stérile », les militant-es de l'Adupsy et ami-es d'Alain décident de se détourner pour un temps d'une expertise psychiatrique et de solliciter d'autres experts médicaux : car « s'il y a encore un faible espoir de contester l'expertise, c'est sur les problèmes pharmacologiques et de médecine interne abordée par cette expertise⁸³ », jugent-ils.

6.4 Contre-attaquer : induire une confrontation d'experts

Au printemps 1983, les « amis d'Alain » – dont Sylvie Haller et Nils de Dardel – sollicitent donc l'avis d'internistes sur l'expertise rendue par le collège d'experts, lesquels les orientent vers « une divergence complète de vues, sur les causes de la mort » entre, d'une part, les auteurs de l'expertise – pour lesquelles, rappelons-le, le décès est dû à *un trouble aigu du rythme cardiaque déclenché par*

79 Bierens de Haan, Barthold, lettre adressée à Nils de Dardel, Genève 25 août 1984 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

80 Miéville, Claude, lettre adressée à Nils de Dardel, Corsier, 11 février 1983 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS5).

81 Ceci met certainement en évidence la relative méconnaissance, malgré tout, de la part des personnes engagées dans cette enquête pénale pour la partie civile, du monde de la psychiatrie suisse allemande. Bierens de Haan, Barthold, lettre adressée à Nils de Dardel, Genève 25 août 1984 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

82 Bierens de Haan, Barthold, lettre adressée à Nils de Dardel, Genève 25 août 1984 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

83 De Dardel, Niels, lettre adressée à Roger Schuler, Genève, 16 février 1983 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS5).

les *phénothiazines* (*neuroleptiques*) –, et d'autre part, les auteurs du rapport d'autopsie, lequel se trouve être résumé dans l'expertise.

L'un des médecins sollicités par les « amis d'Alain », Paul Mayo – spécialiste des maladies pulmonaires, de la médecine d'urgence et de la médecine interne au *St Lukes Roosevelt Hospital Center* à *New York* – remet à la partie civile un rapport écrit. Ce rapport, adressé ensuite au juge d'instruction et au collège d'experts, s'avère déterminant pour la suite du déroulement de la procédure juridique⁸⁴. Pour Paul Mayo, le rapport d'autopsie synthétisé dans l'expertise d'Ernst, Frick et Preisig ne permet pas de déterminer de manière « absolument précise » la cause du décès. Cependant, il conteste vivement l'interprétation qui en est faite par les auteurs de l'expertise. D'après lui, Ernst, Frick et Preisig n'avancent « aucune preuve substantielle » en faveur de leur interprétation. Ils se contentent de remarquer qu'un trouble aigu du rythme cardiaque est « une complication connue de l'application des *phénothiazines* et que la présence de changements de “stases” dans des spécimens d'autopsie suggère un arrêt cardiaque primaire plutôt que toute autre cause de décès possible ». Pourtant, observe Mayo, « les changements de stases en matière d'autopsie sont d'origine très peu spécifique et, en aucun cas ne suggère spécifiquement l'arrêt cardiaque comme cause de décès⁸⁵ ». S'appuyant sur des éléments du rapport d'autopsie commenté dans l'expertise qui font état d'une bronchopneumonie et d'une « aspiration terminale », Mayo avance une autre cause de décès, beaucoup plus plausible selon lui : un « arrêt respiratoire consécutif à la suppression, par les médicaments, des centres de contrôle respiratoire médullaires ». D'après lui :

« [d]es éléments pathogènes compatibles avec une pneumonie par aspiration et une aspiration périmorbide (matériel frais dans les bronches) ont été découverts chez ce patient. Ceci suggère une diminution du réflexe

84 Rédigé en anglais, ce rapport sera traduit avant d'être transmis dans les deux versions (anglaise et française) au juge d'instruction. Mayo, Paul H., "To whom it may concern", Genève, 27 mars 1983. Mayo, Paul H., « Traduction. À qui de droit », Genève, 27 mars 1983 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS5).

85 Mayo, Paul H., « Traduction. À qui de droit », Genève, 27 mars 1983 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS5).

pharyngien ayant entraîné une pneumonie par aspiration. Le contrôle de ce réflexe est une fonction du tronc cérébral et si ce réflexe est supprimé, la probabilité devient forte d'une suppression respiratoire puis d'un arrêt respiratoire⁸⁶. »

Selon Mayo, c'est l'effet cumulatif du *Tuinal* (barbiturique) sur le métabolisme – par augmentation graduelle des doses – qui est responsable de la suppression respiratoire. Il estime en outre que le patient n'a pas été surveillé correctement par le personnel soignant, notamment durant la nuit au cours de laquelle il est décédé. La respiration de ce patient – par ailleurs « connu pour être réfractaire aux calmants et pas du tout un dormeur tranquille⁸⁷ » – a été interprétée par le personnel infirmier comme étant « tranquille ». Pour Mayo, au contraire, « cette respiration représentait une dépression respiratoire dangereuse qui nécessitait une vigilance renouvelée pour éviter un arrêt respiratoire ». Mais la cause de cette surveillance lacunaire, selon Mayo, incombe à un problème de manque de personnel. Et c'est l'hôpital qui en définitive a été « négligent » en ne prévoyant pas suffisamment de personnel.

Pour Mayo, affirmer – comme le font les auteurs de l'expertise – que « la cause la plus probable » du décès est une dysrythmie cardiaque liée à l'effet des *phénothiazines* « est au mieux inexact et au pire intéressé ». S'agissant de la médication elle-même, cela revient, selon lui, à dire en somme : « le patient a reçu une *phénotiazine* et un *barbiturique* et, bien que les traces d'une intoxication aux *barbituriques* avec arrêt respiratoire sont probantes, c'est sans doute la *phénotiazine* qui a causé la mort » (je souligne⁸⁸). D'après Mayo, dont le jugement à ce sujet est tranché, le raisonnement déployé par les auteurs de l'expertise, « pour illogique qu'il soit [...] semble garantir que l'hôpital et le personnel soient absous de tout blâme,

86 *Ibid.*

87 *Ibid.*

88 *Ibid.*

ce qui est inapproprié ». Mayo conclut son rapport en synthétisant sa position :

« Je suis d'avis que ce cas représente un exemple de pratique médicale négligente qui a eu pour résultat la mort d'Alain Urban. Sa maladie posait de formidables problèmes de gestion. Cependant, dans son cas, je pense qu'on n'a pas assuré un niveau raisonnable de soins et que sa mort prématurée a résulté d'un arrêt respiratoire secondaire consécutif à l'effet du *Tuinal* et qu'elle aurait pu être prévenue si le personnel avait été tenu à un niveau raisonnable de soins⁸⁹ » (je souligne).

Au printemps 1983, appuyant leur requête par les versions originale et traduite du rapport de Paul Mayo, la partie civile, par l'intermédiaire de Nils de Dardel, demande au juge d'instruction de soumettre le rapport du collège d'experts aux auteurs du rapport d'autopsie, afin que ces derniers formulent leurs propres observations, en particulier sur les causes de la mort et, le cas échéant, sur le rôle joué par le *Tuinal*⁹⁰. Le juge d'instruction n'entre toutefois pas immédiatement en matière : il transmet d'abord le dossier au procureur général qui, en octobre 1983, prend la décision de classer l'affaire⁹¹. Ce n'est qu'à la suite du recours de la partie civile, Sylvie Haller, que la chambre d'accusation ordonne, le 23 décembre 1983, une confrontation entre le médecin légiste, le Pr Jacques Bernheim, l'un des auteurs du rapport d'autopsie, et le collège d'experts. Cette confrontation a d'abord lieu essentiellement par écrit : l'institut de médecine légale de l'université de Genève établit un rapport le 11 mai 1984, et le collège d'experts rend en retour un rapport complémentaire le 18 juillet 1984⁹². L'audience de confrontation de ces experts, quant à elle, n'a lieu que deux ans et demi plus tard, le 21 janvier 1987.

⁸⁹ *Ibid.*

⁹⁰ De Dardel, Niels, lettre adressée au juge d'instruction, Genève, 11 mai 1983 (AC, fonds Riesen-Schuler, 005_R-S_S04_SS5).

⁹¹ Ordonnance du juge d'instruction du 24 janvier 1989 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

⁹² Ordonnances du juge d'instruction du 30 juillet 1987 et du 24 janvier 1989 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

Pour leur part, les ami·es d'Alain Urban qui sont engagé·es dans cette procédure pénale s'inquiètent de la lenteur de la justice et s'impatientent. Trois jours avant que n'ait lieu l'audience de confrontation des experts, June Howells Spalding – membre fondatrice de l'Adupsy, rappelons-le –, ainsi qu'une quinzaine d'autres signataires – toutes et tous aussi des « amis d'Alain » (dont Barthold Bierens de Haan, Daniel Lines et Christian Nils Robert) – adressent deux lettres, l'une au procureur général et l'autre au juge d'instruction, pour faire part de leur inquiétude. Plus de six ans d'instruction se sont écoulés et la justice genevoise ne s'est toujours pas prononcée définitivement : « est-il normal qu'une instruction se prolonge aussi longtemps⁹³ [...] », demandent les signataires au juge d'instruction. Plus direct dans l'interpellation qu'ils et elles adressent au procureur général, ces personnes lui demandent d'intervenir : « Nous nous inquiétons des lenteurs et de l'apparent laxisme de la justice genevoise dans cette affaire et vous demandons, Monsieur le Procureur, de prendre les mesures nécessaires pour qu'enfin justice soit faite⁹⁴. »

Le 18 juin 1987, Micheline Calmy-Rey, alors députée socialiste au Grand Conseil genevois, interpelle par le biais d'une question écrite le Conseil d'État sur l'avancement de l'enquête pénale : « [...] le Conseil d'État peut-il dire si l'enquête pénale est close ? [...] Sinon, dans quel délai va-t-elle l'être ? Dans le cas échéant, le Conseil d'État ne craint-il pas la prescription⁹⁵ ? »

Invoquant le principe de la séparation des pouvoirs, le Conseil d'État transmet la question au procureur général, et l'invite à lui communiquer les renseignements nécessaires. La réponse officielle du Conseil d'État à la question de la députée Micheline Calmy-Rey

93 Howells Spalding, June, lettre adressée au juge d'instruction, 18 janvier 1987 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

94 Howells Spalding, June, lettre adressée au procureur général de la République et canton de Genève, 18 janvier 1987 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

95 Calmy-Rey, Micheline, « Question écrite de Mme Micheline Calmy-Rey. La mort d'Alain. Q 3118 », déposée au secrétariat du Grand Conseil le 18 juin 1987 ; et « Réponse du Conseil d'État », 29 juillet 1987 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

est basée sur les éléments fournis par courrier par le magistrat, un extrait dudit courrier étant annexé. Le procureur général informe que la confrontation des experts « n'a apporté aucun élément déterminant⁹⁶ » permettant de fonder une inculpation, raison pour laquelle le juge d'instruction a récemment prononcé une ordonnance en ce sens. La partie civile – soit la compagne d'Alain Urban – a toutefois déposé un recours contre cette décision, précise-t-il. Aussi, « le parquet ne s'est pas opposé aux nouvelles investigations [...] sollicitées, tant il est vrai que nous souhaitons autant que possible que toute la lumière soit faite sur cette affaire⁹⁷. » La chambre d'accusation, explique-t-il, a donc retourné le dossier au juge d'instruction, Laurent Kasper-Ansermet, afin qu'il procède à de nouvelles investigations. S'agissant de la question de la prescription, le procureur général affirme constater « après plusieurs années d'une instruction très approfondie sur le plan scientifique », ne pas disposer d'éléments « permettant de conclure à l'existence d'une infraction⁹⁸ ». Finalement, le Conseil d'État, pour terminer sa réponse à la question écrite de la députée, se borne à rappeler les délais de prescription de l'action pénale, régis par le Code pénal suisse. En effet, la compagne et les « amis d'Alain » jouent contre la montre, puisque le délai de prescription absolue pour le délit d'homicide par négligence – et ils et elles le savent – est censé intervenir dans quelques mois seulement (en décembre 1987).

En août 1987, le juge d'instruction informe l'avocat Nils de Dardel que le complément d'information qu'il requiert nécessite une mission de contre-expertise – dont les frais incombent à la partie civile, précise-t-il – et qu'il entend l'attribuer à Jean Rey-Bellet,

96 *Ibid.*

97 Calmy-Rey, Micheline, « Question écrite de Mme Micheline Calmy-Rey. La mort d'Alain. Q 3118 », déposée au secrétariat du Grand Conseil le 18 juin 1987 ; et « Réponse du Conseil d'État », 29 juillet 1987 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

98 *Ibid.*

directeur médical de l'hôpital psychiatrique de Malévoz (Valais⁹⁹). Nils de Dardel, la compagne et les autres « amis d'Alain » acceptent – avec un soulagement certain mêlé d'espoir – le principe même d'une contre-expertise et suggèrent au juge d'instruction une série de (huit) questions à intégrer à cette mission d'expertise¹⁰⁰. Pour financer cette expertise, ils et elles procèdent par ailleurs à un appel aux dons auprès des (ancien·nes) membres de l'Adupsy, des « amis d'Alain » et de leurs alliés¹⁰¹. De Dardel, cependant, dépose pour la partie civile, une demande de récusation à l'encontre de l'expert pressenti par le juge : Jean Rey-Bellet¹⁰². Ce dernier, fait valoir de Dardel auprès du juge, figure parmi les signataires de la lettre parue le 25 juillet 1980 dans le *Journal de Genève* (Guggisberg *et al.*, 1980), dans laquelle neuf psychiatres responsables d'institutions romandes tendaient à justifier la pratique des cures de sommeil (requalifiées par les euphémismes « cure crépusculaire » et « cure de détente ») et le traitement administré à Alain Urban. Jean Rey-Bellet, estime l'avocat, s'est donc déjà prononcé publiquement en faveur de René Tissot ; il ne peut dès lors être considéré « comme un expert indépendant¹⁰³ ». Le juge d'instruction accepte cette requête et mandate finalement Claude Miéville pour cette mission de contre-expertise¹⁰⁴.

99 De Dardel, Niels, lettre adressée au juge d'instruction, Genève, 10 août 1987. Lettre du juge d'instruction adressée à Jean Rey-Bellet, Genève, 11 août 1987 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

100 De Dardel, Niels, lettre adressée au juge d'instruction, Genève, 10 août 1987 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

101 L'appel aux dons pour financer cette contre-expertise rencontrera un certain succès, puisque la somme récoltée dépassera « la somme modique de 2 000 francs [suisses] demandée par [Claude Miéville] ». Le solde de la somme récoltée (1 892 francs) sera versé au terme de la procédure pénale à Nils de Dardel, « en remerciement pour son dévouement ». Howells Spalding, June et Lines, Daniel, lettre adressée à une trentaine d'« amis », Genève le 26 mai 1989 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

102 De Dardel, Niels, lettre adressée au juge d'instruction, Genève, 12 août 1987 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

103 *Ibid.*

104 Lettre du juge d'instruction adressée à Nils de Dardel, Genève, 13 août 1987 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

6.5 Quand l'espoir renaît : lutter pour une contre-expertise

Claude Miéville rend son rapport d'expertise (trente-deux pages) au juge d'instruction le 18 novembre 1987¹⁰⁵. Diamétralement opposé à la première expertise rendue cinq ans et demi plus tôt par le collège d'experts, son contenu est accablant pour les médecins-psychiatres chargés du traitement d'Alain Urban, et en particulier pour René Tissot.

Dans son rapport, Miéville commence par énoncer les documents et sources consultés pour rédiger cette expertise et répondre aux questions qui lui sont adressées. Ces questions sont celles qui ont été formulées par la partie civile et qui lui ont été communiquées par le juge d'instruction¹⁰⁶. Les documents consultés lui ont été confiés par le juge d'instruction. Ce sont : le dossier médical de la clinique de Bel-Air ; le rapport établi par le collège d'experts (du 30 avril 1982) ; le rapport de l'institut de médecine légale (du 11 mai 1984) ; le rapport complémentaire du collège d'experts (du 18 juillet 1984) ; et le procès-verbal de l'audience de confrontation des experts (du 21 janvier 1987). Miéville précise avoir également étudié « le dossier de la cause » dans les locaux du Palais de Justice ; avoir consulté Jacques Diézi, professeur de pharmacologie à l'université de Lausanne ; et étudié la littérature médicale au sujet notamment de la cure de sommeil et des toxicités médicamenteuses¹⁰⁷. Miéville

105 Miéville, Claude, Rapport d'expertise adressé au juge d'instruction, Corsier-sur-Vevey, 18 novembre 1987 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

106 Une seule question des huit formulées par la partie civile a été retirée de la liste adressée par le juge d'instruction à l'expert Claude Miéville. Il s'agit de la suivante : « Alain U [...] a-t-il donné son consentement éclairé à la prescription d'une cure de sommeil ? Notamment, a-t-il reçu une information sur la nature du traitement, ses risques, d'éventuels traitements alternatifs ? S'il y a eu consentement du patient, a-t-il été libre ou contraint ? » Nous pouvons faire l'hypothèse que la raison pour laquelle cette question a été retirée par le juge de la liste adressée à l'expert est, qu'au moment des faits, il n'existait pas de bases légales régissant le « consentement éclairé » du patient (ou de ses proches). Par conséquent, la réponse à cette question ne pouvait pas fournir d'éléments au juge sur lesquels il aurait pu appuyer un jugement d'inculpation, quel que soit par ailleurs le motif.

107 Miéville, Claude, Rapport d'expertise adressé au juge d'instruction, Corsier-sur-Vevey, 18 novembre 1987, p. 1 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

ne précise à aucun endroit de son expertise avoir consulté le médecin interniste et spécialiste des maladies pulmonaires, Paul Mayo, mais comme nous allons le voir, il mobilise néanmoins directement le contenu du rapport de celui-ci dans sa propre expertise.

Claude Miéville commence son expertise par un préambule dont il convient de souligner l'intérêt. Ce psychiatre, rappelons-le, est un tenant de l'approche psychodynamique, une approche qu'il revendique aussi bien dans l'exercice de sa pratique clinique que dans l'exercice de son rôle d'expert-psychiatre dans le cadre pénal. Ses prises de position tranchées et parfois radicales en matière psychiatrique, ainsi qu'envers les pouvoirs judiciaires, sont connues des psychiatres romands et des magistrats de l'arc lémanique. À l'occasion des débats télévisuels de mai 1976 et de septembre 1977 par exemple – organisés à la suite respectivement des deux affaires d'internement psychiatrique décrites au chapitre 2, et à la « querelle des anciens et des modernes », elle aussi décrite au chapitre 2¹⁰⁸ –, Miéville a également exprimé publiquement son opposition à certaines « pratiques institutionnelles » (enfermement, isolement, électrochocs, etc.). Il estime par ailleurs que ces pratiques sont caractéristiques de celles en vigueur à la clinique de Bel-Air sous l'ère de René Tissot. La teneur des propos que Miéville tient dans le préambule de son expertise montre qu'il anticipe une potentielle accusation de partialité, qu'il sait pouvoir lui être adressée :

« En psychiatrie, les critères diagnostiques n'ont pas encore été validés par des données concernant des constatations biologiques ou d'importantes corrélations, telles que l'évolution clinique, l'histoire familiale ou la réponse au traitement, et reposent essentiellement sur un jugement clinique. Comme chacun le sait, il existe différentes écoles psychiatriques orientées selon une compréhension du trouble mental. En conséquence, le traitement de ce trouble mental peut être très différent selon que l'accent est mis sur une théorie biologique, psychodynamique, comportementale, etc. Selon l'école à laquelle appartiennent les médecins concernés par le décès d'Alain Urban ou les experts appelés à donner leur opinion, on pourrait courir le risque de déboucher sur le procès d'une certaine psychiatrie contre une autre. Or, non seulement il n'est pas possible de démontrer que l'une de ces conceptions

108 Pour rappel, René Tissot a lui aussi participé à ce débat de septembre 1977.

psychiatriques est meilleure qu'une autre, mais de plus ce débat serait stérile et le Tribunal ne pourrait trancher¹⁰⁹. »

Miéville sait manifestement que tenter de « faire le procès d'une certaine psychiatrie », en l'occurrence biologique, dans l'arène judiciaire n'a aucune chance d'aboutir. Barthold Bierens de Haan avait pour sa part déjà évoqué avec Nils de Dardel l'aspect illusoire d'une telle ambition lors d'un échange de courrier en août 1984 sur la stratégie à adopter pour contrer la première expertise rendue par le collège d'experts¹¹⁰. Le préambule de Miéville a donc pour but de désamorcer une telle accusation de partialité. Sa position, affirme-t-il, « est essentiellement clinique et fait fi de toute théorie psychiatrique ». En d'autres termes, elle est neutre et objective parce qu'elle se base sur des faits cliniques qui peuvent faire office de preuves :

« Nous insistons donc sur le fait que notre appréciation clinique et notre diagnostic ne se basent que sur les faits d'observations qui ont été consignés dans le dossier médical. Ces faits consignés restent le seul dénominateur commun entre médecins et soignants concernés d'une part, expert de l'autre¹¹¹. »

109 Miéville, Claude, Rapport d'expertise adressé au juge d'instruction, Corsier-sur-Vevey, 18 novembre 1987, p. 2 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

110 « C'est vrai, comme le souligne le Dr. Miéville, qu'une expertise effectuée par un psychiatre issu d'une autre école psychiatrique aurait abouti à d'autres conclusions. Mais une expertise plus psychodynamique que biologique aurait été contestée par le Prof. Tissot. Sans doute en aurait-il demandé une nouvelle ! On aurait eu un procès d'une certaine psychiatrie contre une autre et les juristes n'auraient pu trancher. À l'époque, il n'existait à Genève qu'une seule modalité d'hospitalisation pour Alain Urban, la Clinique de Bel-Air dirigée par le Prof. Tissot tenant d'une psychiatrie strictement biologique. [...] La psychiatrie du Dr Miéville est certes bien différente de celle du Prof. Tissot, mais je ne crois pas possible de démontrer juridiquement que l'une est meilleure que l'autre ». Bierens de Haan, Barthold, lettre adressée à Nils de Dardel, Genève 25 août 1984 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

111 Miéville, Claude, Rapport d'expertise adressé au juge d'instruction, Corsier-sur-Vevey, 18 novembre 1987, p. 2 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

Après avoir tenté de rassurer ainsi la justice sur l'objectivité de sa démarche, Miéville procède à un exposé des antécédents psychiatriques d'Alain Urban, avant de décrire l'« évolution du patient [et de] son traitement » lors de son séjour à la clinique de Bel-Air. Cette description chronologique relativement détaillée – étendue sur neuf pages – est basée « uniquement sur le dossier clinique de Bel-Air », affirme Miéville. De fait, Miéville procède par de nombreuses citations extraites du dossier médical qu'il émaille de commentaires (au sujet du premier diagnostic posé lors de l'admission du patient que Miéville valide ; de l'indication du traitement médicamenteux initial ; de l'indication à une mise en chambre d'isolement, etc.).

Le récit livré par Miéville du déroulement de cette hospitalisation est celui d'un drame qui oppose un patient – Alain Urban – à des modalités de prise en charge thérapeutiques. Le patient, se sentant incompris, des médecins en particulier, résiste aux traitements qui lui sont successivement « infligés » – surtout à la cure de sommeil débutée au sixième jour d'hospitalisation. Il trouve finalement la mort en raison de l'acharnement aveugle des médecins responsables de son traitement et de sa surveillance.

Miéville identifie et décrit trois périodes distinctes dans le déroulement du séjour d'Alain Urban à la clinique, chacune étant caractérisée par des événements spécifiques ainsi que par la manifestation par Alain Urban de comportements et d'états, eux aussi spécifiques et liés à ces mêmes événements.

Dès le début de son hospitalisation, affirme Miéville, Alain Urban s'y est opposé : « Il réagit violemment lorsque la police l'interpelle et le conduit au poste, il fait une tentative de fugue à la sortie de l'ambulance lorsqu'il arrive à Bel-Air. Par la suite, il n'a cessé de protester verbalement contre cette hospitalisation¹¹². » Le médecin qui procède à son admission le décrit comme étant « agité, agressif, incohérent, discordant », relève Miéville. Un premier diagnostic est posé par les deux médecins qui le suivent, sur la base de symptômes consignés au dossier médical : « décompensation psychotique aiguë

¹¹² *Ibid.*, p. 5.

actuellement sans composante maniaque franche. » Placé en isolement, un traitement médicamenteux composé d'un sédatif et d'un antipsychotique lui est administré. S'ensuit une première période de trois jours (du premier au troisième jour d'hospitalisation) qualifiée par Miéville de « calme », comme en témoignent les citations des notes du personnel soignant extraites du dossier médical. Le patient s'ouvre au personnel soignant sur une problématique affective (« passionnelle ») qui le préoccupe lors de sorties accompagnées sur le domaine de la clinique. Dès la fin de l'après-midi du quatrième et jusqu'au sixième jour s'ouvre une nouvelle période au cours de laquelle Alain Urban se montre à nouveau tendu, puis « agité », d'après le dossier médical, relève Miéville qui en cite à nouveau plusieurs extraits. À la fin du quatrième jour d'hospitalisation, alors qu'il est calme, il « *reçoit la visite de son avocat qui se passe bien*¹¹³ ». Peu après toutefois, il « *redevient tonique et casse un verre. [Il est r]emis en isolement* ». Le dossier médical, observe Miéville, relève qu'au cours des deux nuits qui suivent, le patient s'est montré agité, « *frapp[ant] bruyamment contre la porte de sa cellule [...] à chaque fois on lui a donné des réserves médicamenteuses pour l'obliger à dormir* ».

Le sixième jour est marqué par l'instauration par René Tissot d'une cure de sommeil. Pour rendre compte de cette décision et de son contexte, Miéville cite une nouvelle fois les notes consignées au dossier médical. D'après ces dernières, Alain Urban est « *[c]alme et relativement cohérent* » lorsqu'il « *[e]st présenté au Prof. Tissot, lequel indique une cure de sommeil. Alain, lorsqu'on lui propose de prime abord refuse, demandant à téléphoner à son avocat. Finalement, il accepte, car il n'existe pas d'autre issue [...]. Le patient est long à s'endormir, car il lutte contre les médicaments* ».

Pour Miéville qui commente les premiers jours d'hospitalisation précédant l'instauration de la cure de sommeil, c'est « après la visite de son avocat qui lui signifie qu'il n'a pas le pouvoir de le faire sortir de l'hôpital, qu'Alain fait une réaction violente de type

113 Les éléments de citations en italique sont tirés par Miéville du dossier médical de la clinique.

carcéral, cassant un verre, et qu'il doit être « *remis en isolement* » ». Le comportement agité d'Alain Urban au cours des deux nuits suivantes « résulte » de cette situation d'après Miéville. Par ailleurs, fait encore remarquer ce dernier, le comportement du patient ne « pose [...] pas de problème particulier » durant les journées, et celui-ci est « calme et relativement collaborant » lorsque René Tissot le voit l'après-midi du sixième jour.

La troisième période décrite par Miéville correspond à la durée de la cure de sommeil, de son instauration au soir du sixième jour d'hospitalisation jusqu'au décès d'Alain Urban, la nuit du quinzième au seizième jour d'hospitalisation (la durée de la cure de sommeil est d'une dizaine de jours). Pour Miéville :

« [c]ette période a été caractérisée par la lutte constante du patient contre l'endormissement, des attitudes de révolte, en particulier après le [huitième jour d'hospitalisation] lorsqu'il a pris connaissance de la décision du Conseil de surveillance psychiatrique de maintenir son hospitalisation ; des périodes de calme, de cohérence, de soumission, avec humeur dépressive ; et surtout des états de confusion mentale pendant lesquels le patient chantait, pleurait, déversait son thé dans sa chambre, urinait n'importe où, bouchait les toilettes ; enfin, des altérations importantes des paramètres cliniques de l'état somatique¹¹⁴. »

Pour étayer ses propos, Miéville décrit successivement l'état psychique et l'état somatique du patient durant la cure de sommeil, puis le traitement médicamenteux administré au cours de cette dernière. Lorsqu'il décrit l'alternance d'états psychiques du patient pendant la cure de sommeil, Miéville cite à nouveau à de nombreuses reprises des notes des psychiatres et du personnel infirmier consignées au dossier médical. Ces notes ont pour fonction à la fois d'illustrer les comportements jugés caractéristiques de cette période pour Miéville et d'en fournir la « preuve ». Une nouvelle fois, le comportement de révolte et de résistance d'Alain Urban est mis en évidence (par exemple, note d'un médecin au huitième jour

114 Miéville, Claude, Rapport d'expertise adressé au juge d'instruction, Corsier-sur-Vevey, 18 novembre 1987, p. 8-9 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

de la cure de sommeil : « [...] Alternance de phases de révolte avec d'autres où il se montre très régressé » ; d'après le dossier infirmier au cinquième jour de la cure : « [...] Crie, réclame son avocat quand il sent qu'il se laisse aller » et la nuit suivante : « le patient résiste au sommeil, ne veut pas dormir dans cette chambre »). Miéville fait surtout observer qu'« en dehors de ses moments de confusion qui apparaissent surtout la nuit, Alain Urban a toujours été cohérent ». Les notes tant des médecins que du personnel infirmier, précise-t-il, ne font plus état de la symptomatologie de « psychose aiguë » présentée par le patient lors de son admission. Aussi, selon lui, cette symptomatologie « qui avait nécessité l'hospitalisation ne jouait, semble-t-il plus aucun rôle dans le tableau clinique complexe que le patient présentait entre le [jour précédant l'instauration de la cure de sommeil et la nuit du décès]¹¹⁵ ».

Sur le plan somatique – « le problème somatique » selon les termes employés par Miéville –, l'expert identifie plusieurs éléments décrits dans le dossier médical, dont en premier lieu une « peine à avaler » relevée dès le début de la cure, « soit parce qu'il souffre d'une trop grande sécheresse des muqueuses, soit parce qu'il est trop somnolent¹¹⁶ ». Outre une tension artérielle labile et quelques « poussées hypertensives » relevées dès le quatrième jour de la cure, Miéville note l'existence d'une température « fébrile ou subfébrile », dont il détaille les valeurs, entre le quatrième et le neuvième jour de la cure de sommeil. Miéville relève qu'une radiographie pulmonaire a été réalisée au sixième jour de la cure de sommeil, laquelle a été interprétée par l'interniste de la clinique comme ne montrant « rien de particulier ». Toutefois, relève-t-il, « selon le radiologue dont le rapport ne parvient qu'après la mort du patient, ce cliché révélait *“la présence d'opacités nodotrabéculaires... correspondant à des foyers de broncho-pneumonie à la phase subaiguë”* ».

Miéville explique ensuite que l'analyse sanguine effectuée au cinquième jour de la cure de sommeil révélait « un état infectieux » :

¹¹⁵ *Ibid.*

¹¹⁶ *Ibid.*

il détaille les valeurs de la vitesse de sédimentation, des globules blancs et des lymphocytes. D'après Miéville, les résultats de cette analyse sanguine ont été négligés par les différents médecins de la clinique. Tout d'abord, le médecin interniste – selon ses propres déclarations faites au juge d'instruction lors de son audition peu de temps après l'ouverture de l'enquête – est parti en vacances sans avoir pris connaissance de la formule sanguine. Ensuite, l'interniste en question n'a semble-t-il pas été remplacé par un médecin interniste de service. Finalement, ajoute Miéville, « les médecins psychiatres ne font aucun commentaire dans le dossier sur cette formule sanguine pathologique¹¹⁷ ».

Avant de conclure la description du « problème somatique », Miéville cite encore deux éléments d'observation consignés par la veilleuse du service dans le dossier médical, lors de la septième nuit de la cure de sommeil : « Il est très difficile de lui donner la prise de 3.30 heures. Très endormi, avec des problèmes de déglutition. S'étouffe facilement. TA [tension artérielle] 17/10 » (souligné par la veilleuse). » Un début d'escarre au talon gauche a aussi été relevé à la même date, précise encore Miéville avant de terminer son exposé des éléments somatiques par une observation personnelle :

« En ce qui concerne les nuits, notons encore que chaque nuit jusqu'[à la nuit du décès,] Alain Urban s'est réveillé et s'est montré plus ou moins agité. Or, dans la nuit du [décès,] il dormait profondément, de telle sorte que pour la première fois il n'a pas reçu de médicament vers 3 heures du matin, et n'a pas été dérangé. Il n'a pas été contrôlé cliniquement entre 22 h 30 et 6 h 15, heure à laquelle l'infirmière l'a trouvé mort, "couché sur le sol devant la porte des toilettes, recroquevillé"¹¹⁸. »

Au chapitre des médicaments administrés pendant la cure de sommeil, Miéville présente un tableau qui indique leurs posologies respectives, du premier jour de la cure de sommeil au jour précédant le décès. Il indique ensuite les différentes classes de médicaments associées, en précisant la classe à laquelle chacun des médicaments administrés

117 *Ibid.*, p. 10.

118 *Ibid.*, p. 11.

appartient (« sédatif inducteur et potentialisateur (*Phénérgan*) » ; « neuroleptiques antipsychotiques (*Melleril, Terfluzine, Nozinan, Prazinel*) » ; « somnifères » ; « un barbiturique (*Tuinal*) » ; « une benzodiazépine (*Rohypnol*) »). Il fait ensuite observer que les doses « ont été augmentées régulièrement au fur et à mesure que la cure se prolongeait¹¹⁹ » et relève les doses les plus élevées de chacun des médicaments qui ont été administrés lors des deux jours précédant le décès. Miéville clôt ce chapitre par un jugement tranché : « L'augmentation progressive des doses nous paraît résulter plus de la résistance du patient à la cure de sommeil, que d'une posologie classique ou connue¹²⁰. » Une nouvelle fois, Miéville s'attache à souligner l'opposition du patient à son traitement.

Avant de procéder à une analyse détaillée des données sur le séjour hospitalier d'Alain Urban, Miéville rappelle les principales constatations présentes dans le rapport d'autopsie du médecin légiste Jacques Bernheim ainsi que les deux thèses opposées dans l'interprétation de ces constatations. La première thèse mentionnée par Miéville est celle soutenue par Jacques Bernheim lui-même, lequel rejoint l'avis de Paul Mayo quant à l'effet et au rôle du *Tuinal* (barbiturique). Pour rappel, c'est sur l'avis de ce dernier que les « amis d'Alain » engagés dans cette procédure pénale s'étaient appuyés pour requérir du juge une confrontation du médecin légiste et du collège d'experts. Pour rendre compte de la thèse de Bernheim, Miéville cite directement un extrait du procès-verbal de l'audience de confrontation (du 21 janvier 1987) :

« Le *Tuinal* provoque une dépression du centre respiratoire et diminue la résistance de l'organisme à un état infectieux. Conclusions du Prof. Bernheim : "Je confirme que c'est bien la conjonction des deux facteurs, infectieux et médicamenteux qui apporte une explication convaincante pour le décès"¹²¹. »

119 *Ibid.*, p. 12.

120 *Ibid.*

121 *Ibid.*, p. 13.

Miéville rappelle ensuite la thèse défendue par les experts signataires de la première expertise (Klaus Ernst, Paul Frick et Rudolf Preisig) en citant le rapport complémentaire déposé auprès du juge d'instruction (du 18 juillet 1984) : « Pour eux, la mort a résulté d'un trouble aigu du rythme déclenché par la *Phénotiazine*, "complication dangereuse, rare, imprévisible". » Évoquant ainsi l'une des questions sur laquelle il est appelé à se prononcer dans son expertise et dont l'enjeu s'avère tout à fait central dans cette enquête pénale, Miéville rappelle que Jacques Bernheim et les trois experts ont été d'accord pour affirmer que l'autopsie à elle seule ne permet pas d'établir la cause de la mort.

L'expert-psychiatre expose ensuite une analyse des « événements » – terme qu'il emploie à cet endroit – dont il a rendu compte dans la description détaillée du déroulement du séjour hospitalier d'Alain Urban ; description qui, il le rappelle, est « basée essentiellement sur les faits cliniques observés et consignés dans le dossier médical aussi bien par les médecins que par le personnel infirmier¹²² ». Cette analyse est centrée principalement sur la question du diagnostic et débouche sur cinq affirmations que Miéville propose en guise de « résumé ».

Première affirmation : « ce patient présentait une psychose réactionnelle aiguë à son entrée à la Clinique Bel-Air¹²³. » Dans son analyse du déroulement du séjour hospitalier du patient qui précède ce jugement clinique, Miéville revient sur ce diagnostic posé alors par les deux psychiatres qui ont suivi Alain Urban lors des premiers jours d'hospitalisation. Le but de l'expert-psychiatre est de démontrer la pertinence du diagnostic au regard des symptômes identifiés par ces deux médecins d'une part, et au regard des critères diagnostiques énoncés dans le *DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual, third edition)*¹²⁴ d'autre part. En d'autres termes,

¹²² *Ibid.*, p. 13.

¹²³ *Ibid.*, p. 19.

¹²⁴ Le *DSM-III* est la troisième version, alors en vigueur, de la classification des troubles mentaux éditée par l'Association américaine de psychiatrie (AAP).

Miéville confirme ce premier diagnostic. Seconde affirmation énoncée par Miéville : à son entrée, « il [le patient] était alors en bon état physique, sans aucun symptôme de pathologie somatique¹²⁵. » La vitesse de sédimentation et la formule sanguine lors de l'admission étaient normales, relève précédemment Miéville dans son analyse, et le patient « présentait un excellent état [somatique] » les premiers jours de son hospitalisation.

Troisième affirmation soutenue par Miéville : « il [le patient] ne souffrait pas de schizophrénie, ni du syndrome contestable et discutable appelé la catatonie maligne¹²⁶. » Miéville conteste ici les deux diagnostics posés respectivement par Tissot et par le collègue d'experts dans son expertise. Pour contester le diagnostic attribué par Tissot, Miéville mobilise une nouvelle fois le *DSM-III*. Rapportant la définition et les critères diagnostiques énoncés dans cette classification, Miéville fait remarquer qu'Alain Urban n'a jamais présenté l'un des critères définitionnels énoncés comme central, soit une altération du fonctionnement dans la vie de tous les jours : « Selon le *DSM-III*, “[...] la schizophrénie implique toujours une détérioration par rapport à un niveau de fonctionnement antérieur dans des domaines tels que le travail, les relations sociales et le soin de sa personne¹²⁷”. » Or, Miéville relève pour « preuve » une série d'informations sur le parcours d'étude et professionnel, et sur la vie sociale et relationnelle d'Alain Urban, y compris son militantisme au sein de l'Adupsy. Alain Urban, affirme Miéville, n'a présenté « aucune détérioration, aucun retrait de sa vie sociale, professionnelle ou affective, bien au contraire¹²⁸ ».

S'agissant du diagnostic de « catatonie maligne ou pernicieuse », Miéville fait tout d'abord remarquer dans sa propre analyse que les médecins de la clinique de Bel-Air n'ont jamais posé un tel

125 Miéville, Claude, Rapport d'expertise adressé au juge d'instruction, Corsier-sur-Vevey, 18 novembre 1987, p. 19 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

126 *Ibid.*

127 *Ibid.*, p. 16.

128 *Ibid.*

diagnostic. Et les décisions thérapeutiques qu'ils ont prises, y inclus la cure de sommeil, l'ont été « sans que ce diagnostic soit jamais évoqué¹²⁹ ». Ce sont « [l]es experts de la première expertise [qui] ont prétendu, eux, qu'Alain Urban était atteint d'une catatonie maligne¹³⁰ ». Pour contester ce diagnostic, Miéville adopte une stratégie différente de celle qu'il a empruntée pour mettre en cause la pertinence du diagnostic de schizophrénie posé par Tissot, puisqu'il s'en prend au fondement même de cette catégorie diagnostique :

« La catatonie maligne n'est pas une maladie mentale mais un syndrome décrit en particulier par des auteurs allemands, syndrome qui est ignoré de la terminologie psychiatrique française, contesté par la plupart des auteurs et qui n'est même pas mentionné par le Professeur suisse Bleuler dans la dernière édition (1979) de son traité¹³¹. »

La critique de Miéville ne porte ici plus uniquement sur un plan clinique, raison pour laquelle il ne mobilise pas les notes du dossier médical pour contester la pertinence de ce diagnostic. Elle porte sur un plan théorique, et c'est dans la littérature psychiatrique que Miéville puise alors. Il exploite deux sources pour soutenir sa position. La première est présentée comme une thèse de médecine publiée en 1982 à Lausanne et intitulée *La Catatonie dite « pernicieuse »*¹³² de Georges Gabris. La seconde est un article publié en 1986 par trois auteurs américains (Mann, Stanley et Hall) dans l'*American Journal of Psychiatry*¹³³, consacré à l'étude, d'après Miéville de « ce qu'ils appellent la "Lethal Catatonia", désordre neuro-psychiatrique fébrile

129 *Ibid.*

130 *Ibid.*

131 *Ibid.*, p. 17.

132 Cette thèse de médecine, non pas publiée, mais dactylographiée, a été réalisée sous la direction de Christian Müller, directeur médical de l'hôpital psychiatrique de Cery (Vaud). Un exemplaire est disponible à la Bibliothèque cantonale et universitaire (BCU) à Lausanne.

133 La référence telle que citée par Miéville est la suivante : « (Mann, Stanley et Hall [...] 1986 (*Am. J. Psychiatry* 143 :1374-1381) ».

menaçant la vie¹³⁴ ». Miéville synthétise brièvement dans sa propre analyse du séjour hospitalier les thèses critiques défendues par les auteurs de ces deux écrits sur la « catatonie maligne », respectivement de la « catatonie létale ». Il expose aussi quelques citations illustrant précisément ces thèses, avant de conclure :

« La catatonie maligne n'est donc pas une maladie spécifique en soi [thèse soutenue dans les deux écrits d'après Miéville] et si l'on parle de catatonie létale, il s'agit d'un désordre grave neuropsychiatrique et biologique secondaire à un traitement par neuroleptiques [thèse soutenue dans le second écrit selon Miéville]. Le diagnostic de catatonie pernicieuse proposé par les premiers experts comme maladie primaire d'Alain Urban doit donc être rejeté¹³⁵. »

La quatrième affirmation soutenue par Miéville prolonge le fil argumentatif qu'il a déployé jusque-là : contrairement à ce que les auteurs de la première expertise ont affirmé, « il [le patient] n'était absolument pas en danger de mort du fait de ses troubles psychiques¹³⁶ ». Pour terminer, Miéville soutient encore :

« ce n'est que pendant la cure de sommeil que sont apparus des signes d'une infection, des troubles psychiques exogènes (état d'épuisement, moments de confusion mentale) et des troubles des fonctions vitales (difficultés à la déglutition, réponse paradoxale aux médicaments, décubitus à talon, etc.¹³⁷). »

Relevons au passage qu'au sens de Miéville¹³⁸, la notion de « troubles psychiques exogènes » (ou « facteurs exogènes ») se réfère à des troubles « dus à une iatrogénie médicamenteuse et à un état infectieux » ; ceci par opposition aux troubles (ou facteurs) endogènes, lesquels proviennent « de la psychopathologie du patient ».

134 Miéville, Claude, Rapport d'expertise adressé au juge d'instruction, Corsier-sur-Vevay, 18 novembre 1987, p. 18 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

135 *Ibid.*

136 *Ibid.*, p. 19.

137 *Ibid.*

138 *Ibid.*, p. 17.

Au terme de cet examen, proposé sous l'angle de cinq constatations issues de l'analyse faite antérieurement par Miéville du séjour hospitalier d'Alain Urban, on comprend que les réponses qu'il entend apporter aux interrogations sur le traitement de cure de sommeil (indication, contrôles, dosages et association médicamenteuse) et aux causes du décès vont être diamétralement opposées aux réponses apportées dans la première expertise. Jusque-là, Miéville a offert une nouvelle interprétation et un nouveau récit du déroulement du séjour hospitalier d'Alain Urban. Comment procède-t-il maintenant pour répondre aux principales questions qui lui sont posées ?

Question éminemment centrale pour l'enquête : « Quelles sont les causes cliniques de la mort d'Alain Urban ? » Afin d'y répondre, Miéville reprend directement le texte du rapport rendu à l'avocat de la partie civile par Paul de Mayo, sans toutefois le citer, et affirme que les auteurs de l'expertise initiale ne présentent « aucune preuve substantielle » en faveur de l'hypothèse qu'ils avancent¹³⁹. Il rapporte une nouvelle fois, pour mieux s'y rallier, les conclusions défendues à ce sujet par le médecin légiste Jacques Bernheim lors de son audience par le juge (« c'est bien la conjonction des deux facteurs infectieux et médicamenteux qui apporte une explication convaincante pour le décès »), et étaye son jugement d'arguments proposés par Mayo dans son rapport :

« Au vu des réponses que nous avons apportées aux questions [relatives aux contrôles et aux médicaments], nous nous rallions aux conclusions du Prof. Bernheim en ajoutant que le *Tuinal* n'est pas [le] seul à pouvoir entraîner une dépression du centre respiratoire mais aussi les benzodiazépines, en particulier le *Rohypnol*. Tout ceci nous fait penser que chez ce patient épuisé, affaibli par un état infectieux qui durait depuis une semaine, intoxiqué par des doses massives de médicaments, c'est un arrêt respiratoire plutôt qu'une dysrythmie primaire qui a été la vraie cause de la mort¹⁴⁰. »

¹³⁹ *Ibid.*, p. 28.

¹⁴⁰ *Ibid.*, p. 28-29.

Autre question sur laquelle Miéville est invité à se prononcer, celle tout aussi essentielle pour la poursuite ou non de la procédure judiciaire, de l'existence ou non d'une « erreur ou faute médicale » lors du traitement d'Alain Urban, ceci « au regard des normes recon- nues et admissibles en matière de cures de sommeil et de traitement psychiatriques ». Miéville y répond en resituant tout d'abord dans le temps le recours aux cures de sommeil en psychiatrie :

« Comme nous l'avons relevé, la plupart des psychiatres hospitaliers en 1980 avaient renoncé aux cures de sommeil, traitement considéré comme dangereux, peu efficace à moyen et long terme et peu économique pour l'institution, car nécessitant une surveillance intensive et un personnel accru. Elles étaient cependant pratiquées à Bel-Air où on en avait proba- blement une certaine expérience¹⁴¹. »

Puis, l'expert-psychiatre déploie sa réponse, très critique, en plu- sieurs parties, en abordant en premier lieu la question de l'indication de la cure de sommeil lors du traitement d'Alain Urban :

« [...] [L]a cure de sommeil décidée le 19 juin 1980 par le Prof. Tissot soulève les problèmes de son indication, de son application, de son contrôle [...]. Pour l'indication, nous ne voyons ni les raisons médicales et cliniques, ni les arguments théoriques qui poussaient à prescrire une telle cure [...]. Pour certains auteurs, la psychose aiguë et l'attitude oppositionnelle chez un patient sont plutôt des contre-indications à la cure de sommeil. Ne sachant pas ce qui s'est dit dans le colloque entre le Prof. Tissot et ses collaborateurs avant cette décision, nous ne pouvons que faire une hypothèse à ce sujet : à notre avis, face à la résistance d'Alain Urban à son traitement hospitalier, il était dans la logique du système de Bel-Air de chercher à « casser » le patient, à vaincre ses défenses par l'emploi d'une chimiothérapie lourde comme permettait de le faire la cure de sommeil, d'où une indication qui serait plus d'ordre subjectif que scientifique¹⁴². »

Dans une visée certainement toute stratégique, Miéville choisit de renvoyer au rapport rendu par la commission d'enquête administra- tive quelque cinq ans auparavant, plutôt que de se placer lui-même en juge et critique des pratiques thérapeutiques qu'il dénonce par ailleurs explicitement. Les membres de cette commission, rappelle-t-il, ont

¹⁴¹ *Ibid.*, p. 30.

¹⁴² *Ibid.*

déjà donné leur opinion sur « cette conception de la pratique psychiatrique hospitalière qui imposait de force un traitement calmant plutôt qu'une solution qui aurait consisté à engager un dialogue permettant une compréhension réciproque et une collaboration entre le soigné et les soignants¹⁴³ ».

Miéville, traitant en second lieu de l'*application* de la cure de sommeil, aborde le contexte et les conditions dans lesquels la décision clinique d'instaurer une cure de sommeil a été prise et mise en œuvre. Il observe que cette décision ne respectait pas les règles préconisées « dans les traités », puisque selon les informations à disposition, cette cure a été introduite « brutalement d'une heure à l'autre, sans préparation psychologique du patient », mais aussi sans que les mesures de contrôles somatiques minimales nécessaires ne soient préalablement effectuées¹⁴⁴.

Miéville aborde à plusieurs reprises dans sa contre-expertise la question des médicaments administrés, soit leurs types, leurs combinaisons (et donc interactions) et leurs dosages. À ce propos, Miéville intègre tel quel le rapport, d'un peu plus de deux pages, rédigé à l'automne 1980 par le pharmacologue Jacques Diézi. Il y ajoute toutefois deux précisions. La première fait le lien avec d'autres informations contenues dans le dossier médical du défunt :

« L'association de ces quatre groupes de médicaments, dont les effets se potentialisent et qui ont tous été prescrits à des doses massives, n'est mentionnée dans aucun traité ou article de psychiatrie consacré à la cure de sommeil. Cette association entraînait un risque très élevé de toxicité et d'interaction médicamenteuse incontrôlable. Une telle prescription de médicaments devait être justifiée par une appréciation rationnelle du risque et du bénéfice pour le patient. Or, il ne ressort nullement du dossier médical qu'il y ait eu un contrôle rigoureux et attentif des manifestations

143 *Ibid.*, p. 30-31.

144 Les examens somatiques jugés indispensables évoqués par Miéville sont les suivants : électrocardiogramme, radiographie pulmonaire, examens sanguins et urinaires et « éventuellement » électroencéphalogramme. Miéville, Claude, Rapport d'expertise adressé au juge d'instruction, Corsier-sur-Vevey, 18 novembre 1987, p. 31 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

éventuelles de toxicité médicamenteuse par exemple par des examens cliniques et de dosages sanguins¹⁴⁵. »

La seconde remarque de Miéville revient sur la question des dosages administrés :

« Les doses médicamenteuses utilisées, déjà considérables au départ, ont été augmentées progressivement jusqu'à des taux extrêmement élevés, jamais signalés dans la littérature, sans aucun dosage des taux plasmatiques ni aucune préoccupation concernant les interactions médicamenteuses¹⁴⁶. »

En se penchant sur le sujet des mesures de contrôle de la cure médicamenteuse et de l'état du patient par le personnel infirmier et médical, Miéville estime que les contrôles infirmiers ont été effectués correctement. Pour lui, ce sont les médecins psychiatres qui sont en cause, car ceux-ci, toujours d'après lui, ne se sont pas inquiétés des signes cliniques pourtant inquiétants signalés par les membres de l'équipe infirmière : « tachycardie, hypertension artérielle, troubles de la déglutition, effet paradoxal des médicaments, etc. » Ces signes, précise-t-il encore, indiquaient « une intoxication médicamenteuse, d'où le risque grave pour le système cardiovasculaire et les fonctions vitales des centres nerveux¹⁴⁷. »

La réponse synthétique et définitive apportée par Miéville, en conclusion de son expertise, illustre à mon sens fort bien la conception qu'il s'attachait à défendre du rôle de l'expert-psychiatre et de l'expertise psychiatrique dans le cadre pénal : celle-ci doit permettre de comprendre des comportements et leurs motifs, mais l'expert n'a pas à se prononcer lui-même sur la responsabilité pénale qui, elle, relève du rôle de la justice, en l'occurrence des juges :

« En développant les problèmes posés par la cure de sommeil en ce qui concernait son indication, son application et le contrôle du patient nécessité

145 Miéville, Claude, Rapport d'expertise adressé au juge d'instruction, Corsier-sur-
Vevey, 18 novembre 1987, p. 27 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U.
Commission d'enquête, etc.).

146 *Ibid*, p. 31.

147 *Ibid*, p. 33.

par ce traitement, nous avons mis en évidence des manquements et des négligences aberrants et incompréhensibles. Il n'appartient pas à l'expert mais au tribunal d'en juger et de se prononcer sur la notion de faute médicale¹⁴⁸. »

6.6 Mobiliser la presse : dénoncer la lenteur judiciaire

Claude Miéville rend son rapport de contre-expertise, je le rappelle, le 18 novembre 1987. Quelque six semaines plus tard, le 31 décembre 1987, le délai de prescription pour le chef d'accusation d'« homicide par négligence » – de sept ans et demi selon la procédure pénale genevoise en vigueur – est atteint. Le juge en charge de l'enquête, sur la base de la contre-expertise, décide néanmoins de poursuivre l'instruction sous le chef d'accusation de « lésions corporelles graves ayant entraîné la mort¹⁴⁹ ». Le 29 juin 1988, comme chaque année depuis huit ans, quelques « amis d'Alain » – une dizaine peut-être cette année-là¹⁵⁰ – manifestent sur le site de la clinique psychiatrique de Bel-Air – renommée entre-temps « Belle-Idee » – pour rappeler la mémoire d'Alain, son statut de victime et dénoncer la lenteur de la justice et ses travers. Christian-Nils Robert, professeur de droit pénal à l'université de Genève, souligne ces éléments dans le texte empreint d'une tonalité émotionnelle forte qu'il lit à cette occasion :

« Tu pourrais, aujourd'hui, Alain, te demander à juste titre que sont devenus tes amis¹⁵¹ ? Toi qui savais combien était semée d'embûches une vie que tu voulais différente, sache que pour nous aussi tes amis, c'est difficile jour après jour de penser à l'indignité et l'irrespect dont tu fus victime dans ta

148 *Ibid.*, p. 32.

149 « Historique de la procédure judiciaire suite au décès d'Alain Urban », chronologie établie fin janvier-début février 1989 par Daniel Lines (archives privées Daniel Lines).

150 J'ai évalué ce chiffre approximatif sur la base d'une photo de la manifestation de 1988 publiée dans la presse, ainsi qu'à partir d'entretiens menés avec plusieurs des personnes qui y ont participé. Entretiens avec Rolf Himmelberger du 12 décembre 2012 et du 23 janvier 2013 ; avec Barthold Bierens de Haan le 19 mars 2014 ; avec Nils de Dardel le 24 avril 2020 ; avec Daniel Lines le 8 janvier 2021.

151 Relevons au passage que la formule « Que sont devenus mes amis ? » est précisément le titre donné par Edmond Vuichet, membre de l'Adupsy, à son ouvrage publié en 1981 dans la collection « La Parole au peuple » aux Éditions d'en bas (Vuichet, 1981).

vie parmi nous, puis d'y ajouter l'injustice et les machinations judiciaires qui ont entouré et suivi ta mort.

Ne mesure donc pas tes amis et leur nombre, ne juge point ceux qui sont absents aujourd'hui, et confie-toi à ceux qui ce soir ont une fois encore voulu clamer leur soif de vérité, afin que ta mort donne vie à une éthique et à des pratiques thérapeutiques respectueuses d'autrui, respectueuses de l'altérité, respectueuse de la différence.

Sache, Alain, que tes amis ici présents sont confrontés au paradoxe d'un fonctionnement institutionnel incompréhensible. Si hier encore il eût été possible de nous faire croire à une négligence de la part de ceux à qui ta vie fut confiée, aujourd'hui c'est avec des inculpations combien plus graves et lourdes que la Justice se devrait de continuer son inlassable travail, conduisant jusqu'à la condamnation de ceux qui ont réagi en prétendant te soigner. "Il n'y a pas de morale du droit, dit Collard, il n'y a pas de morale judiciaire, il n'y a qu'un habile truquage". Or ce truquage a été démonté, démontré. Certes cette contre-expertise est elle aussi un nouveau texte, reconstruction d'une vérité, et peut-être elle aussi encore bien éloignée du drame que tu as vécu dans ta chair, dans ton esprit, dans tes convictions. Mais il a fallu des mois, des années pour obtenir enfin une expertise qui tienne compte de ta situation au moment du drame, ceci dans ta totalité d'être humain.

Nous ne sommes point ici par soif de vengeance, nous ne nous battons ni pour, ni contre la Justice, car, fugitive aux yeux bandés, nous savons tous, comme l'écrivait Simone WEIL, qu'elle s'échappe toujours du camp des vainqueurs.

Nous sommes ici, ALAIN, pour témoigner à ceux qui ont encore une mémoire, de la gravité que représente le danger de l'État thérapeutique et de la Justice qui l'assiste dans ses basses œuvres. Nous sommes ici pour ta dignité, pour défendre la dignité de tous ceux qui n'ont plus qu'elle, dépouillés à l'extrême, sans voix, vaincus devant l'État, la Psychiatrie et la Justice¹⁵². »

C'est que, quelque sept mois et demi après le dépôt de la contre-expertise de Miéville, la justice n'a toujours pas rendu réponse. À l'automne 1988, toujours pas non plus. Aussi, les « amis d'Alain » tentent-ils et elles une nouvelle fois de mobiliser l'attention de la presse, cette fois pour dénoncer publiquement la lenteur de la justice. En novembre 1988, la journaliste Isabelle Domon du quotidien *24 Heures* publie quatre articles (Domon, 1988a, 1988b, 1988c, 1988d), occupant l'espace de deux pleines pages, dans lesquels elle

152 « À la mémoire d'Alain, Bel-Air 29 juin 1988 », texte signé et lu par Christian-Nils Robert à l'occasion de la manifestation en mémoire d'Alain Urban du 29 juin 1988 sur le site de la clinique psychiatrique (archives privées Daniel Lines).

relate le combat mené depuis huit ans par les « amis d'Alain » pour rendre justice à la mémoire du jeune homme décédé et, dans le même temps, dénonce la lenteur de la justice :

« Parmi eux [les “amis d'Alain”] des médecins et des juristes qui contestent les conclusions de l'expertise médicale. Trois juges se sont succédé dans cette affaire qui sent le soufre. Le dossier traîne. Il est actuellement dans les mains du juge Kasper-Ansermet qui souhaitait classer l'affaire. L'amie d'Alain fait recours et obtient une contre-expertise. Le juge la confie au Dr Claude Miéville, médecin-chef du secteur psychiatrique est-vaudois et directeur de la Clinique de Nant au-dessus de Montreux, qui dépose ses conclusions le 18 novembre dernier. Elles sont accablantes. Le juge a été ébranlé : pourtant, un an plus tard, toujours rien. Huit ans après la mort d'Alain, la vérité est-elle toujours difficile à dire ? » (Domon, 1988a, p. 3)

La journaliste Isabel Domon publie également à cette occasion de larges extraits de l'expertise de Claude Miéville (1988a), de même que les conclusions de Jacques Diézi sur le traitement médicamenteux (1988b).

Le juge d'instruction, le troisième juge chargé du dossier, exerce son droit de réponse dans le quotidien et se défend de toute lenteur (Kasper-Ansermet, 1988). Le 24 janvier 1989, il clôt le dossier sans prononcer d'inculpation¹⁵³. Certes, estime le juge d'instruction, les expertises sont contradictoires. Il n'appartient cependant pas à un magistrat de l'ordre judiciaire de trancher dans un tel débat « purement médical ». Pour le juge d'instruction, les preuves ou « faisceaux d'indices » juridiquement nécessaires pour établir l'existence d'un acte délictueux au sens de l'article 127 du CPS d'une mise en danger de la vie d'autrui – soit qu'en tout état de cause la mise en danger soit concrète et intentionnelle – font défaut.

6.7 L'art des vaincu-es : « marquer le coup » médiatiquement et perpétuer la mémoire

Les « amis d'Alain » renoncent à faire une nouvelle fois recours. Quelques jours après cette décision de justice, ils et elles organisent

¹⁵³ Ordonnance du juge d'instruction du 24 janvier 1989 (archives privées Bierens de Haan, classeur Alain U. Commission d'enquête, etc.).

une ultime conférence de presse. Leur intention est de faire connaître publiquement leur décision de mettre un terme à cette « lutte judiciaire » menée durant près de neuf ans pour « que les causes de [l]a disparition [d'Alain Urban] soient clairement établies » (Bulloch, 1989) et de la sorte « marquer le coup » médiatiquement (Arsever, 1989). Parmi les personnes qui prennent part à cette conférence de presse, Sylvie Haller, sa compagne et partie civile, Daniel Lines, June Spalding, Claude Miéville, Jacques Diézi, Barthold Bierens de Haan, et le professeur de droit pénal Christian-Nils Robert. Les ami-es d'Alain Urban entendent également « perpétuer sa mémoire en condamnant la violence de certaines thérapies psychiatriques » (Bulloch, 1989).

Les journalistes Jean-Bernard Mottet du quotidien *Le Courrier* (1989), Sylvie Arsever du *Journal de Genève* (1989) et Michelle Bulloch de *La Suisse* (1989) retracent, dans les articles qu'ils publient à la suite de cette conférence de presse, les principales étapes de la procédure judiciaire en se calquant sur l'historique produit et transmis à cette occasion par Daniel Lines¹⁵⁴. Ces journalistes, ainsi qu'Isabel Domon du *24 Heures* (1989), citent en outre largement les propos tenus par Claude Miéville et Jacques Diézi qui réitérèrent les conclusions de leurs expertises. L'intervention de June Howells Spalding, déléguée à la Commission des droits de l'homme des Nations unies, est elle aussi relayée : « des médecins américains ayant eu connaissance des circonstances de décès d'Alain ont évalué les doses administrées à huit fois les maxima pratiqués chez eux » (R, 1989). De l'avis du pénaliste Christian-Nils Robert, l'enquête du juge Kasper-Ansermet est restée trop superficielle, alors que le motif de « mise en danger de la vie d'autrui » (article 127 du Code pénal) aurait pu être retenu. Le problème selon lui « est que la justice avait renoncé à toute inculpation dès le début de l'affaire » (Domon, 1989).

154 « Historique de la procédure judiciaire suite au décès d'Alain Urban », chronologie établie fin janvier-début février 1989 par Daniel Lines (archives privées Daniel Lines).

Le journaliste Serge Bimpage, qui au plus fort de la crise des institutions universitaires psychiatriques genevoises (IUPG) travaillait pour le compte du *Journal de Genève*¹⁵⁵, publie le 23 février 1989 dans le magazine d'actualité *L'Hebdo* un dossier thématique de cinq pages qu'il intitule *Justice et médecine : le patient et son bourreau*. Ce dossier comporte deux articles du journaliste (Bimpage, 1989a, 1989b), ainsi qu'une lettre ouverte (Haller *et al.*, 1989) dont les signataires sont cinq des proches et ami·es d'Alain, lequel·les précisent leur appartenance institutionnelle ou leur profession : Sylvie Haller, Christian-Nils Robert, professeur de droit à l'université de Genève, Daniel Lines, mathématicien à l'université de Neuchâtel, Barthold Bierens de Haan, chirurgien, et June Spalding, déléguée à l'ONU de la Fédération mondiale pour la santé mentale. Cette lettre ouverte est accompagnée d'une photo d'Alain Urban – celle-là même publiée quelque quatre mois plus tôt dans le quotidien *24 Heures* (Domon, 1988a) – sous laquelle son nom est indiqué en caractères gras¹⁵⁶.

Dans la lettre ouverte, les ami·es d'Alain rappellent : « [i]l n'est pas mort de la maladie, il n'est pas mort d'un accident, il est mort de son traitement médical. Or ce traitement, il ne l'avait pas choisi, encore moins accepté. Il lui a été imposé » (Haller *et al.*, 1989). En quel nom ? Au nom de quoi ? interrogent les signataires. « Au nom de la loi, au nom de la science, au nom de la société, au nom de la santé... » répondent-ils et elles avant d'en appeler à la responsabilité de chacun·e et en particulier à celle des médecins :

« Les médecins doivent être au service de leurs patients. Ils doivent mettre leurs connaissances, leur savoir et leur expérience à disposition de ceux qui souffrent. Ils ne doivent jamais rien imposer parce qu'un traitement qui ne respecte pas la volonté du malade devient très vite violence, torture et conduit parfois, hélas, à la mort. Il faut bien le répéter, il est possible de traiter les malades mentaux et de leur venir en aide dans la compassion et

155 Serge Bimpage a étudié les lettres et la psychologie à l'université de Genève avant de devenir journaliste au *Journal de Genève*, à *L'Hebdo* et à la *Tribune de Genève*.

156 À noter que Serge Bimpage cite lui aussi le nom en entier dans le premier de ses deux articles.

la fraternité, mais pour que cette possibilité devienne réalité *chacun doit agir dans ce sens* » (Haller *et al.*, 1989) (ils et elles soulignent).

Dans le souci de maintenir et préserver la mémoire de son ami, Daniel Lines édite en juin 2000, soit vingt ans après le décès et un peu plus de dix ans après la fin de la procédure pénale, une carte postale en sa mémoire. Au recto de celle-ci figure une photo d'Alain Urban, la même que celle déjà publiée dans la presse romande quelques semaines avant et quelques jours après que la justice genevoise ait définitivement clos l'affaire (Domon, 1988a ; Haller *et al.*, 1989). Au verso de cette carte, Daniel Lines y a fait éditer un texte court et éloquent qu'il a rédigé.

L'événement du décès d'Alain Urban a de toute évidence profondément, et durablement, marqué ses ami-es les plus proches. À commencer par Sylvie Haller qui s'est trouvée confrontée à la dure difficulté d'y survivre, difficulté d'autant plus grande pour elle que la justice a « absout l'hôpital », pour reprendre ici une expression utilisée en février 1989 par la journaliste Domon, et plus précisément pour Sylvie Haller : René Tissot, les médecins et le personnel infirmier chargé du traitement¹⁵⁷. À intervalle plus ou moins régulier, et aujourd'hui encore, près de quarante ans après l'événement, elle partage sur Internet ou les réseaux sociaux, l'un ou l'autre écrit « à la mémoire d'Alain ».

Pour les plus proches d'Alain, la confrontation à un sentiment et à une question partagés, bien que vécus de façon très individuelle, paraît subsister : comment survivre à la culpabilité ? Celle de ne pas en avoir fait assez, de ne pas avoir pu ou de ne pas y être parvenu-e¹⁵⁸. Quarante ans plus tard, il est frappant pour la chercheuse que je suis de constater à quel point ce sentiment reste puissant.

157 Entretiens avec Sylvie Haller des 30 décembre 2020 et 5 janvier 2021.

158 Plusieurs parmi elles et eux ont au cours des entretiens affirmé regretter de ne pas être parvenu-es à faire sortir Alain Urban de la clinique de Bel-Air immédiatement après qu'il ait été interné pour le faire soigner ailleurs, dans un lieu de soins qui, d'après elles et eux, aurait davantage correspondu aux conceptions d'Alain Urban en matière de soins et de traitement.



Illustration 9. Photo d'Alain Urban prise en 1979, publiée dans la presse romande en février 1989 et reproduite sur le recto de la carte postale que son ami Daniel Lines fait éditer en juin 2000. Sur cette image, Alain Urban lit l'ouvrage célèbre de Paul Watzlawick, Janet H. Beavin et Donald D. Jackson, *Une logique de la communication*, publié en 1967 et traduit en français en (1972).

Alain Urban (1953-1980)

Le 29 juin prochain, il y aura vingt ans qu'Alain Urban mourait lors d'une cure de sommeil à la clinique psychiatrique Bel-Air de Genève. Interné de force à la suite de troubles psychiatriques, Alain, membre de l'Association pour les droits des usagers de la psychiatrie, recourut contre les conditions de son internement. Le Professeur Tissot, directeur de la clinique, prit son cas personnellement en main et imposa l'administration massive de médicaments qui lui fut fatale. Le scandale fut tel que Tissot fut ignominieusement chassé de Bel-Air et contraint de poursuivre sa carrière scientifique en France. Après plus de huit années de procédures, la justice genevoise, peu encline à inquiéter les puissants, laissa courir la prescription, dut se résoudre à la demande de la partie civile à requalifier le chef d'accusation puis conclut à un non-lieu définitif. Tissot est aujourd'hui professeur honoraire de la Faculté de médecine de Genève.

Ni oublié, ni pardon

Daniel Lines

45, rue des Lilas, 21000 Dijon, France

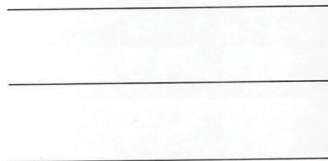


Illustration 10. Carte postale. Recto : photographie inconnu-e, photo d'Alain Urban, 1979, Gy (pour la photo). Verso : texte de Daniel Lines. Dijon, 2000. Archives personnelles de Daniel Lines.

Invité au début des années 2000 à rédiger un chapitre sur la problématique des droits des malades en psychiatrie dans l'ouvrage publié par l'historien Armand Brulhart à l'occasion de l'anniversaire des deux siècles de psychiatrie à Genève, Rolf Himmelberger (2003), militant pour les droits des malades et ancien membre de l'Adupsy, s'interroge sur les causes qui ont pu amener plusieurs de ses amis à décéder, dont Alain Urban, et leur dédie sa contribution écrite. Une autre façon pour lui aussi de rappeler leur mémoire.

Conclusion

Cet ouvrage est le récit d'une enquête que j'ai menée sur la crise de la psychiatrie institutionnelle à Genève du début des années 1970 à la fin des années 1980. Ce récit, *from below*, éclaire le point de vue minoritaire des militant·es pour les droits des « usagers » de la psychiatrie à partir de l'événement matriciel que constitue le décès d'Alain Urban. Ce jeune homme, figure du militantisme des droits des patient·es en psychiatrie, a été hospitalisé de force en juin 1980 à la clinique psychiatrique genevoise de Bel-Air et a perdu la vie lors d'une cure de sommeil, dix jours après avoir été interné. En d'autres termes, mon enquête historicise un événement tragique dont les conséquences individuelles et intimes sont incommensurables, mais qui agit à la fois comme catalyseur, sujet et emblème de la crise de la psychiatrie institutionnelle à Genève.

Militant des droits des patient·es en psychiatrie, le jeune homme participe à une mouvance critique de la psychiatrie institutionnelle genevoise qui émerge au début des années 1970 et se poursuit au-delà de son décès, jusque dans les années 1980. Au terme de cette enquête, la question se pose : et après ? Qu'en est-il de la volonté des militant·es de faire advenir les droits des « usagers » de la psychiatrie ? Le collectif de l'Adupsy se dissout, je le rappelle, au cours des années 1980, mais de nouvelles associations se vouant à la défense des droits et intérêts des personnes usagères se constituent peu à peu en Suisse romande selon un mouvement commun à de nombreux pays européens.

À partir de la seconde moitié des années 1970 et 1980, on assiste en Europe, notamment au Royaume-Uni, en France et en Suisse, à plusieurs évolutions qui participent d'un large processus

de réorganisation de l'encadrement juridique des interventions en psychiatrie et en particulier de leurs dimensions contraignantes (Marques *et al.*, 2015 ; Moreau, 2017 ; Rhenter, 2010). Ce processus – sous l'effet conjugué de la montée en puissance des droits fondamentaux et de stratégies associatives faisant un usage intensif du droit – donne lieu à des réformes législatives, souvent entendues comme favorisant une protection accrue des droits des personnes usagères (Marques *et al.*, 2015). Cependant, si des similitudes existent entre États européens dans les processus de régulations des pratiques de contraintes en psychiatrie, on constate aussi d'importantes différences sur plusieurs aspects (Moreau, 2017, p. 551) : dans la chronologie des législations et dispositions adoptées, dans la répartition des pouvoirs entre pouvoirs judiciaire, administratif et médical, ainsi que dans les garanties données aux droits des personnes placées sans leur consentement dans une institution.

Au sein d'un État fédéral comme la Suisse, composé de vingt-six cantons et d'autant de législations sanitaires cantonales, d'importantes différences peuvent également exister entre cantons dans les dispositions adoptées et dans les garanties légales données aux patient-es en psychiatrie¹. C'est pourquoi, suivant l'idée suggérée par la sociologue Delphine Moreau « d'entrer plus finement dans [les] histoires sociales et locales d[e] ce[s] régulations » (2017, p. 552), je dresse ici le bilan des effets induits par la stratégie militante de l'Adupsy de 1982, soit le lancement d'une initiative cantonale sur le corpus législatif qui encadre les pratiques de contrainte et institue les droits des patient-es dans le canton de Genève.

On s'en souvient, à l'automne 1982, déçue par les réformes des institutions psychiatriques genevoises (IUPG) annoncées par le Conseil d'État, l'Adupsy avait décidé avec l'AMP et l'AJP

1 On notera que des variations importantes peuvent également se manifester dans les usages et les pratiques de contrainte au sein même et entre établissements psychiatriques (Moreau, 2017 ; Velpry, 2016, 2019), lesquelles laissent supposer que des disparités existent également dans les usages sociaux des droits institués (Ferreira, 2016), autrement dit dans l'activation des droits formels par celles et ceux qui en sont les titulaires : les patient-es.

– associations auxquelles se sont associées des organisations professionnelles et syndicales du personnel infirmier, une douzaine d'organisations et des partis de gauche, ainsi que la section genevoise de la Ligue suisse des droits de l'homme² – de lancer l'initiative cantonale « Pour les droits des malades ». Déposé le 13 janvier 1983, le texte de l'initiative populaire législative dite « non formulée³ » (Steinauer, 1982, p. 160-167⁴) prévoyait un ensemble de propositions articulées autour de trois axes : l'adoption de dispositions générales pour toutes les patient·es (en soins généraux ou en soins psychiatriques) (premier axe), de dispositions particulières pour les patient·es en psychiatrie (deuxième axe), et de dispositions de procédures de plaintes et de recours (troisième axe).

Le comité d'initiative, jugeant qu'intégrer l'ensemble de ces dispositions dans la législation cantonale nécessiterait encore de nombreux combats politiques, affirmait lors du lancement de son initiative :

« Infuser tout cela dans la législation genevoise demandera des années d'effort et de luttes politiques. C'est un renversement copernicien des mentalités qui s'impose, pour faire passer la relation patient-médecin de la sphère individuelle au rang de problème de société, pour favoriser la prise en charge par les patients eux-mêmes de leurs droits, pour remettre le patient au centre des soins tout en collectivisant les responsabilités dans le processus thérapeutique. Mais au début de cette longue entreprise, deux faits [sont] à relever. La présence, parmi les promoteurs de l'initiative, de toutes les organisations professionnelles et syndicales groupant les infirmiers indique bien qu'il n'y a pas contradiction insurmontable entre droits des patients et conditions de travail des soignants, bien au contraire. Et l'activité de l'Adupsy, autre organisation marraine de l'initiative, tout au long des dernières années a passablement déblayé le terrain » (Steinauer, 1982, p. 167).

Le premier et le troisième axe de l'initiative, respectivement les dispositions générales pour toutes les patient·es et de procédures

2 Pour la liste complète des associations et organisations qui composent le comité d'initiative voir page 281, note 116.

3 Dans le cas d'une initiative dite « non formulée », il revient au Grand Conseil de rédiger une loi si le parlement accepte sa prise en considération.

4 Le texte de l'initiative, comprenant les dispositions demandées et leurs justifications, a été publié en annexe de l'ouvrage de Steinauer *Le Fou du Rhône*.

de plaintes et de recours, se concrétisent par l'adoption en votation populaire, le 6 décembre 1987, d'une loi *ad hoc*, la loi concernant les rapports entre membres des professions de la santé et des patients (K 1 80), élaborée par le Grand Conseil genevois en réponse à cette initiative dite « non formulée ». Les propositions de dispositions particulières pour les patient-es psychiatriques (deuxième axe), pour leur part, donnent lieu à une première révision de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affection mentale et sur la surveillance des établissements psychiatriques (du 7 décembre 1979), votée par les député-es le 7 mai 1987, puis à une seconde, le 17 juin 1988, six mois après le vote populaire de la loi *ad hoc*.

Quelles sont précisément les nouvelles dispositions cantonales auxquelles aura donné lieu cette initiative ? Constatons tout d'abord que si les revendications portées par les militant-es de la cause des droits des personnes hospitalisées, volontairement ou non, en psychiatrie n'ont pas toutes été intégrées dans la législation genevoise, de nombreux droits ont néanmoins été institués durant cette période. Les demandes les plus radicales, l'abolition de l'internement et la suppression (légale) de toute forme de contrainte, dont la mise en chambre d'isolement, ont été rejetées. Mais plusieurs principes et propositions ont trouvé leur traduction dans la formalisation de droits des patient-es dans la législation genevoise : le consentement éclairé pour toute mesure diagnostique et thérapeutique⁵ et pour toute recherche clinique de nature expérimentale⁶, l'accès au dossier médical⁷, l'institution d'une autorité cantonale d'examen des plaintes⁸, l'institution des conseillers-accompagnants⁹, et le

5 Loi K 1 80, art. 5. Il est en outre réaffirmé, à l'occasion de la réforme de la loi K 1 25 du 4 juin 1992, que ce principe du consentement éclairé s'applique aussi aux patient-es en psychiatrie (art. 1A).

6 Loi K 1 80, art. 6, al. 1-2.

7 Loi K 1 80, art. 2, al. 3.

8 Loi K 1 80, art. 10.

9 Loi K 1 80, art. 18.

principe de la sortie libre du ou de la patient·e lors d'une admission volontaire en hôpital psychiatrique¹⁰.

En Suisse, les cantons de Genève et de Vaud sont les premiers qui, à partir des années 1980, révisent le cadre juridique régulant ainsi formellement la contrainte en milieu psychiatrique et intégrant dans leurs bases légales des droits des patient·es. À Genève, les réformes législatives entreprises au cours des années 1980-1990 résultent en effet de la stratégie militante adoptée en 1982 de lancer l'initiative cantonale *Pour les droits des malades* de 1983, couplée à celle de l'un des membres de l'Adupsy, Rolf Himmelberger, de recourir auprès du tribunal fédéral (en 1980 et surtout en 1988, à un moment qui apparaît avoir été politiquement beaucoup plus propice puisque le Grand Conseil décide de modifier la disposition avant même que le tribunal ne statue). Dans les années qui suivent, l'ensemble des cantons romands entreprennent également de réformer leurs bases légales, mandatant systématiquement l'institut du droit de la santé (IDS) de l'université de Neuchâtel, créé en 1993, pour les accompagner dans leurs projets de réformes. Dominique Sprumont, professeur de droit de la santé à l'institut du droit de la santé (IDS), estime qu'au début des années 1990, la conviction des autorités politiques romandes de la nécessité de réformer leurs bases légales pour y inscrire des droits des patient·es était acquise¹¹.

Pour autant, la stratégie de lutte pour les droits des patient·es en psychiatrie et pour une plus forte régulation des usages de la contrainte investie par les militant·es de l'Adupsy et de ses collectifs allié·es comporte, il faut le relever, des limites et des fragilités.

Lors de la création de l'association en 1979, les militant·es de l'Adupsy se fixaient pour principe de défier et de limiter les pouvoirs

¹⁰ Loi K 1 25, art. 23.

¹¹ Le mouvement de réformes des législations cantonales alémaniques s'est amorcé beaucoup plus tardivement (en 2005 dans le canton de Zurich), soit près de vingt ans après les réformes vaudoises (promulgation de la loi sur la santé publique le 29 mai 1985) et genevoise. www.rts.ch/play/radio/on-en-parle/audio/faq-droit-de-la-sante-histoire-du-droit-des-patients?id=5186321.

alloués à l'expertise et à l'institution psychiatrique. L'investissement du droit comme « arme militante » se traduit dans la foulée par des revendications portées par l'association auprès de la population et des législateurs du canton. Elles visent à limiter les compétences et les pouvoirs décisionnels des psychiatres en matière d'hospitalisation non volontaire, de traitements biomédicaux et de recherches expérimentales sur des patient-es hospitalisé-es. Or, au regard des principes et objectifs défendus dès 1976 par les militant-es genvois-es, il est loin d'être évident que les mesures et droits institués dans la législation cantonale au cours des réformes des années 1980 et 1990 aient constitué un « défi fondamental au pouvoir médical et à l'autorité clinique de la psychiatrie » (Rose, 1986, p. 193, ma traduction). Les dispositions légales introduites ont imposé un encadrement juridique externe aux hôpitaux psychiatriques plus marqué. Elles ont certainement participé à augmenter la mesure dans laquelle l'exercice clinique de la psychiatrie est régi par des règles de procédure et soumis à des contrôles formels¹². Pour autant, à l'examen des dispositions introduites dans la législation cantonale durant les années 1980-1990, il apparaît que la stratégie de lutte par le droit des militant-es de l'Adupsy, en définitive, n'impacte que de façon limitée l'expertise et l'autonomie décisionnelle des psychiatres en matière d'hospitalisation non volontaire, de traitement d'urgence et de soins contre le gré du ou de la patient-e.

Selon le sociologue de la médecine et de la santé Nikolas Rose (1986), les stratégies faisant du droit une arme militante pour induire des transformations du système psychiatrique et des pratiques cliniques ont produit une dépolitisation des débats sur les réformes du dispositif de soins psychiatriques. Elles n'ont ainsi eu, selon lui,

12 Le collectif *Contrast*, un groupe de recherche français composé de chercheureuses provenant de différentes disciplines (sciences sociales, philosophie et droit), spécialisé dans l'étude des contraintes en psychiatrie relève que ce mouvement de régulation des pratiques de soins n'a cessé de croître depuis les années 1970 en France (Collectif Contrast, 2015 ; Velpy et al., 2018). Lié à l'éclatement des lieux de prise en charge en dehors de l'hôpital psychiatrique, le collectif note le passage progressif d'un encadrement « pyramidal » de ces pratiques à caractère contraignant à un mode plus fragmenté (Collectif Contrast, 2015).

qu'un impact très limité sur les réformes du système psychiatrique, en particulier sur le développement d'alternatives aux soins hospitaliers jugées moins restrictives des libertés individuelles¹³.

Au début et milieu des années 1970, je l'ai montré au début de cet ouvrage, la stratégie des militant·es antipsychiatriques à Genève visait à développer des lieux d'accueil, de vie et de soins alternatifs aux services hospitaliers psychiatriques. Ce projet a constitué une préoccupation partagée parmi les professionnel·les de la psychiatrie qui, à partir du début des années 1970, découvrent puis participent activement aux collectifs et au mouvement antipsychiatriques à Genève, en Suisse romande et à l'étranger. Lorsque ces militant·es sont rejoint·es par des juristes et des avocats (dès 1976), ils et elles s'engagent à dénoncer publiquement les mesures d'internement et à faire advenir les droits des personnes usagères de la psychiatrie. Et il est vrai que l'idée de développer des dispositifs d'accueil et de soins qui puissent faire office d'alternatives aux services hospitaliers, y compris en cas de crise, devient secondaire¹⁴. Aussi, si la stratégie des militant·es de l'Adupsy et des collectifs qui s'y sont alliés a bien contribué à formaliser de nouvelles régulations de formes de contraintes (hospitalisation sans consentement, traitement sans consentement), il faut reconnaître, qu'au cours de cette période, elle n'a pas eu d'effets directs, sur les orientations

13 Le sociologue Nikolas Rose (1986) a développé une telle critique dans un écrit consacré aux stratégies militantes qui, du début des années 1970 au début des années 1980 en Angleterre et au Pays de Galle, se sont emparées du droit pour contester le système psychiatrique et défendre les droits des patient·es en psychiatrie. La stratégie militante visait à réduire le volume des hospitalisations en élargissant le champ d'action et les compétences décisionnelles des assistant·es sociaux·ales appelé·es à évaluer au cours de chaque procédure d'admission et pour chaque patient·e l'existence d'alternatives aux soins hospitaliers (Rose, 1986). Le recours aux tribunaux, dans le cadre de cette stratégie, était envisagé comme un moyen d'exercer une pression juridique et politique sur les autorités locales afin qu'elles consacrent des ressources au développement de services communautaires, une stratégie qui sur ce plan échoua, d'après Rose.

14 Lors de l'assemblée générale constitutive de l'Adupsy, Alain Urban pointe cet aspect et déplore le fait que le projet associatif débattu fasse l'impasse sur un engagement politique clairement défini. Cet engagement politique, affirmait-il, aurait dû inclure le développement d'un projet de « psychiatrie alternative » à Genève intégrant les facteurs socio-économiques qui, selon lui, devaient être compris comme étant à l'origine des souffrances et difficultés rencontrées par les malades.

des politiques institutionnelles d'organisation des lieux de prise en charge et leurs ressources.

Au terme de ce travail qui circonscrit un champ de recherche encore peu investi en Suisse, la question qui se pose à moi, en tant que chercheuse, mais aussi en tant qu'enseignante auprès de futur-es soignant-es en psychiatrie, est : quels outils, quelles recherches ou recherches-actions permettraient de dépasser une certaine vision selon laquelle inscrire de nouveaux droits formels impliquerait nécessairement une amélioration des pratiques de soins en psychiatrie, en particulier celles à caractère contraignant ? Les revendications en termes de droits sont indispensables et les acquis ne sont pas à minimiser. Toutefois, elles ne semblent pas suffisantes pour aborder les différentes dimensions de la contrainte et de la souffrance vécues dans l'espace et le temps de la maladie psychique. Des initiatives récentes menées dans le champ de la recherche et dans le milieu associatif constituent des pistes riches pour soutenir la réflexion et développer des projets de recherches utiles à l'enseignement auprès des professionnel·les en psychiatrie ou au milieu associatif. La série de travaux publiés ces dernières années par l'équipe de recherche du Collectif Contrast en France consacrée aux différentes formes de régulations (légalles, institutionnelles) des soins psychiatriques à caractère contraignant, ainsi qu'aux usages, y compris informels, de la contrainte en situation de soins, constitue par exemple une ressource en expertises utile pour soutenir une réflexion sur les pratiques professionnelles contemporaines. Ce genre de recherches revêt à mon sens un intérêt particulièrement important lorsqu'elles questionnent des formes de contraintes dont la légalisation est récente et fait débat parmi les psychiatres et les soignant-es. L'obligation de soins, introduite dans la législation française en 2011 et dans la législation suisse en 2013, qui s'étend dorénavant aux soins ambulatoires pour les patient-es en psychiatrie, en constitue un bon exemple.

D'autres travaux de recherches (Ferreira, 2016) et initiatives associatives proposent de nourrir la réflexion en abordant la thématique de la contrainte et des droits des patient-es en psychiatrie sous un autre angle : celui des usages sociaux des droits institués par

celles et ceux qui en sont les titulaires. Une initiative originale allant dans ce sens a récemment vu le jour sous l'égide de l'association romande *Pro Mente Sana*, créée en 1982, qui s'est depuis constituée en relais de l'Adupsy¹⁵ : l'Observatoire romand de la contrainte en psychiatrie (Orcep¹⁶). Ce projet a pour mission de documenter et de conserver les expériences personnelles de la contrainte en psychiatrie. À travers des méthodes diverses telles que des questionnaires, des entretiens et la réception de documents privés, littéraires ou artistiques, l'Orcep vise à générer des connaissances issues du vécu de personnes usagères de la psychiatrie, confrontant ainsi le savoir médical « à l'épreuve du réel » (Gumy *et al.*, 2023). Son objectif est de stimuler des réflexions sur la contrainte en psychiatrie, en soutenant « un questionnement de la prise en charge de la maladie psychique, d'un point de vue non seulement médical et juridique, mais également social, économique et politique » (Gumy *et al.*, 2023). En favorisant une approche pluridimensionnelle qui tienne ainsi compte des perspectives sociales, économiques et politiques et de l'expertise des personnes concernées, l'Orcep aspire à contribuer au développement d'alternatives à la contrainte en psychiatrie, en accord avec les principes de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (CDPH). Le projet de l'Orcep vise ainsi clairement à dépasser une vision normative de la psychiatrie et à reconnaître les limites du développement de droits formels pour transformer les dispositifs et pratiques existantes en Suisse romande. Une initiative, parmi d'autres, qui je l'espère saura être soutenue par les instances étatiques pour se développer et perdurer.

15 Au printemps 1982, la fondation suisse alémanique *Pro Mente Sana*, se vouant depuis sa création en 1978 à la défense des intérêts des personnes atteintes de troubles psychiques, contacte l'ergothérapeute et cofondateur de l'Adupsy Alain Riesen pour lui confier le mandat de créer le secrétariat romand de cette organisation (sur ce point, voir également Stucki, 2017). Un premier secrétaire est engagé, Luc Pont, puis une assistante sociale, Madeleine Pont, laquelle crée en 1987 avec des (ex-)patient-es de la psychiatrie, à Lausanne le *Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique* (Graap) (Romanens-Pythoud, 2017). Ces deux organisations relaient l'Adupsy et se vouent dès lors statutairement à la défense des intérêts des personnes affectées par des troubles psychiques.

16 <https://orcep.promentesana.org>.

Épilogue

On peut s'interroger, nous dit l'historienne Arlette Farge, « sur ce qui fabrique l'événement, sur ceux qui fabriquent l'événement » (Farge, 2002, p. 4), mais l'événement, nous dit-elle encore, génère aussi une mémoire.

Qu'en est-il de la mémoire, individuelle et collective, au-delà des plus proches ami·es d'Alain Urban ? Que reste-t-il de l'événement du décès d'Alain Urban, des mobilisations antipsychiatriques et en faveur des droits des personnes usagères de la psychiatrie, et de la crise de la psychiatrie institutionnelle genevoise, aujourd'hui, près de quarante ans plus tard ? Qui se souvient ? Dans quel contexte et dans quelles situations ? Et de quoi se souvient-on ?

Au cours des années 1980, le discours antipsychiatrique, qui connaît une large diffusion dans la presse quotidienne et militante de l'Arc lémanique entre 1971 et 1983, tend à s'assécher (Rebetez, 2015¹). L'Adupsy, elle aussi, tend à disparaître, tandis que le groupe des « amis d'Alain » lutte durant cette même période dans l'arène judiciaire.

Plusieurs témoins rencontrés au cours de cette enquête, travaillant alors comme soignant·es (infirmier·ères, ergothérapeutes, psychiatres) se souviennent des violentes tensions qui, au début des années 1980, ont traversé les institutions universitaires

1 Pour rappel, selon l'étude historique de Niels Rebetez, c'est essentiellement entre 1971 et 1983 que l'antipsychiatrie est thématisée dans la presse quotidienne et militante de l'Arc lémanique. Les affaires de l'internement de la jeune femme antinucléaire et des deux médecins, ainsi que la crise de la clinique psychiatrique genevoise engendrée par le décès d'Alain Urban, ont par ailleurs donné lieu à des pics de publications d'articles ayant trait à l'antipsychiatrie. Sur la diffusion du discours antipsychiatrique dans l'Arc lémanique voir (Rebetez, 2015).

psychiatriques genevoises (IUPG), et plus largement la psychiatrie romande. Parmi elles et eux, un-e psychiatre² qui rejoint les IUPG en 1983 garde un souvenir très précis de son entrée dans cette institution. Une institution, selon ses propres termes, « traumatisée ». Rapidement à son arrivée au sein de l'hôpital, cette personne apprend et comprend qu'il y a « une sorte de damné », extrêmement isolé, qui ne dispose plus que d'un service très restreint de psychiatrie. Il convient de ne pas s'en approcher, comprend rapidement cette personne, sous peine de se retrouver soi-même exclu-e. C'est que le Pr Tissot « a été lâché par tous ! » Cette personne, un-e psychiatre se situant plutôt en début de carrière en 1983, n'avait, avant son arrivée au sein de l'institution, pas pris la mesure de l'événement et de ses effets. Or, dès son arrivée, il ou elle constate qu'il s'est opéré un « retournement complet de l'institution » à l'encontre de René Tissot. Et les effets générés par la crise se font aussi ressentir à différents niveaux des IUPG.

Les deux chefs de service des IUPG, les Prs Gaston Garrone et André Haynal, sont partiellement discrédités, se remémore encore cette personne. Un souvenir que partage aussi François Ferrero, directeur du département de psychiatrie adulte des Hôpitaux universitaires genevois (HUG) et professeur ordinaire de psychiatrie à la faculté de médecine de l'université de Genève de 1995 à 2010³. Dans le cadre de la réforme des IUPG de 1982, celui-ci, alors âgé de 37 ans, est nommé responsable de l'un des trois secteurs des IUPG, celui de la Jonction placé sous la direction d'André Haynal.

Raymond Panchaud, directeur des soins à la Fondation de Nant (secteur psychiatrique de l'Est vaudois) au moment de mon enquête, rejoint comme jeune infirmier diplômé l'hôpital de Nant en 1983⁴. Il se souvient avoir, peu de temps après son arrivée à la fondation, accompagné Claude Miéville à une journée d'étude à l'hôpital

2 Cette personne souhaite garder l'anonymat. À noter que les termes et expressions entre guillemets dans les phrases qui suivent sont tous tirés d'un des entretiens effectués avec elle.

3 Entretien avec François Ferrero le 15 janvier 2021.

4 Entretien avec Raymond Panchaud le 23 avril 2020.

psychiatrique de Genève sur la thématique de la violence en psychiatrie. Il se remémore surtout les très vives tensions qui se sont manifestées à cette occasion. La ou le jeune psychiatre évoqué-e plus haut, qui rejoint la clinique genevoise en 1983, garde aussi un souvenir mémorable des échanges qui eurent lieu à cette occasion.

Lors de cette journée d'étude, se remémorent ces deux témoins, Claude Miéville intervient pour faire l'éloge des modalités de soins mises en œuvre avec l'aide du personnel infirmier (aide-soignant-es, veilleur-euses, infirmier-ères) au sein de la clinique psychiatrique qu'il dirige, permettant d'après lui de gérer les manifestations potentielles de violence (ou vellétés de fuite) en limitant les formes de contrainte (fermeture d'unités de soins, mise en chambre d'isolement, etc.). Les propos de Claude Miéville, se souviennent les deux témoins, sont accueillis avec une très grande froideur : un « hôpital de campagne » comme celui de Nant ne peut prétendre accueillir les mêmes patient-es que celles et ceux hospitalisé-es dans un hôpital universitaire tel que celui de Genève, c'est « sans commune mesure » ! La clinique de Nant aurait en somme affaire à une population « plus facile » ; un argument relativement courant et aujourd'hui encore souvent invoqué lorsque les soignant-es en psychiatrie (infirmier-ères ou psychiatres) échangent sur l'existence de modalités de contraintes différenciées au sein d'hôpitaux psychiatriques⁵. Bref, au début des années 1980, les prises de position et les camps sont tranchés au sein de la psychiatrie romande et le dialogue s'avère particulièrement difficile sur le territoire genevois.

Près de quarante ans après l'événement du décès du jeune Alain Urban, François Ferrero⁶ publie un article en anglais, d'abord en

5 Voir par exemple à ce sujet Moreau (2017, p. 554).

6 Né en 1945 d'un père et d'une mère médecins, François Ferrero effectue ses études de médecine à l'université de Genève. En 1971, il réalise un premier stage de médecin-psychiatre à la clinique de Bel-Air, puis devient médecin-assistant en 1974. Dès avril 1976 et durant un an et demi, Ferrero travaille au sein du 13^e arrondissement à Paris, lieu emblématique dans le système sectoriel français. Au début de l'automne 1977, Ferrero rejoint Genève pour travailler au centre psychosocial universitaire (CPSU) des IUPG, placé sous la direction du Pr André Haynal. En 1982, dans le cadre de la réforme des IUPG, Ferrero est nommé médecin responsable de l'un des trois secteurs, celui de la Jonction. De 1986 à 1987, il effectue un séjour aux États-Unis, à l'université de

ligne le 31 mai 2018 (Ferrero, 2018), puis dans un ouvrage paru en 2022 (Ferrero, 2022), dans lequel il enquête sur la crise institutionnelle de la psychiatrie à Genève des années 1980 et questionne plus particulièrement la cure de sommeil conduite par René Tissot en juin 1980. Intitulé *Inquiry of the Geneva 1980s' Psychiatry Crisis: Forced Hospitalization, ECT and Sleep Therapy*, l'article est initialement publié en ligne dans la rubrique « controverse » du site internet d'un réseau international d'experts en histoire de la neuropsychopharmacologie : *International Network for the History of Neuropsychopharmacology* (INH⁷). Cette publication en ligne relance la controverse dans une arène qui avait précisément manqué jusque-là : l'espace médical et scientifique⁸.

Fondé en 2012 par une poignée de médecins pionniers spécialisés en neuropsychopharmacologie, dont le psychiatre Thomas Ban⁹, le réseau INHN s'est fixé pour objectif « de faciliter les progrès de la recherche neuropsychopharmacologique en fournissant une

Vanderbilt, à Nashville (Tennessee). De 1991 à 1996, il occupe les responsabilités de professeur ordinaire de psychiatrie à la faculté de médecine de l'université de Lausanne et de directeur du département de psychiatrie adulte du CHUV. En 1996, il est nommé professeur ordinaire à l'université de Genève et chef du service de psychiatrie adulte, fonctions qu'il occupe jusqu'à sa retraite en septembre 2010. Aujourd'hui professeur honoraire, Ferrero continue d'enseigner auprès des jeunes médecins qui se spécialisent en psychiatrie. Entretien avec François Ferrero le 15 janvier 2021 et Robert et Panese, 2000.

7 <https://inhn.org/>.

8 Comme indiqué dans l'introduction du présent ouvrage (voir note de bas de page 22), l'article de Ferrero est publié avec les commentaires qu'il a suscités de la part d'autres membres du réseau INHN (Ferrero, 2022).

9 Thomas A. Ban est né en 1929 à Budapest en Hongrie où il a réalisé ses études de médecine avant d'émigrer au Canada en 1956 et de poursuivre sa carrière de psychiatre (Bunney, 2011 ; Shorter, 2022). Dès la fin des années 1950, il travaille au sein d'une unité d'évaluation précoce des médicaments à l'hôpital Douglas, affilié à l'université McGill à Montréal. Spécialisé dans le champ de la psychopharmacologie, il a participé à l'évaluation et au développement de nombreux médicaments psychotropes (environ quatre-vingt-dix selon lui) (Bunney, 2011) et a publié en 1959, *Psychopharmacology*, considéré comme le premier manuel dans le domaine (Shorter, 2022). Thomas Banes, décédé en février 2022, s'est durant de nombreuses années intéressé à documenter la naissance et les développements précoces de la neuropsychopharmacologie et, plus largement, à développer la formation à l'histoire de cette discipline (Bunney, 2011).

plateforme de communication (interaction) entre les neuropsychopharmacologues de différentes générations et de différents horizons professionnels¹⁰ » (ma traduction). Lorsque paraît l'article de Ferrero en ligne, le réseau compte plus de deux cent soixante membres, associés par cooptation, issus de plus de trente pays, dont les États-Unis, le Canada, le Brésil, l'Argentine, l'Australie, l'Allemagne, la Suisse, la Grande-Bretagne, l'Italie et la Hongrie.

Sur leur site internet et par l'intermédiaire d'ouvrages, les membres du comité exécutif du réseau¹¹ éditent et diffusent les contributions de ses membres jugées pertinentes pour l'histoire de la neuropsychopharmacologie et entendent générer ainsi du matériel éducatif pour l'histoire de ce domaine.

Quelles sont les raisons qui ont motivé François Ferrero à enquêter en 2017-2018 sur la crise de la psychiatrie genevoise du début des années 1980 et à publier cet article sur le site du réseau, lui qui est issu d'une génération de psychiatres postérieure à celle des fondateurs de l'INHN ?

François Ferrero apporte un premier élément de réponse au terme de son article paru en ligne : Thomas Ban l'a encouragé à revenir sur « ces années » et à en proposer un article pour le réseau (Ferrero, 2018). Mais pour quelles raisons ?

En 1980, Thomas Ban est professeur au département de psychiatrie de l'université de Vanderbilt à Nashville dans le Tennessee (États-Unis) (Bunney, 2011 ; Shorter, 2022). Dès l'année suivante, il travaille comme consultant en pharmacologie à la division de la santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à Genève, à l'occasion d'un congé sabbatique prolongé de deux ans (1981-1983). Au cours de cette période, Thomas Ban suit le

10 <https://inhn.org/about/inhn-publisher/thomas-a-ban-and-carlos-morra-foreword>.

11 Entre 2018 et 2021, le réseau est dirigé par un comité composé de : Thomas A Ban, lequel assure en outre la coordination du réseau, Barry Blackwell, Samuel Gershon, Peter R. Martin et Gregers Wegener.

déroulement de la crise des IUPG par le biais des médias locaux et d'échanges avec quelques collègues psychiatres¹².

En 1986, François Ferrero rejoint Thomas Ban à l'université de Vanderbilt, à Nashville, pour y effectuer un séjour de recherche. Les années qui suivent, les deux professeurs de psychiatrie gardent contact. En 2017, Thomas Ban interpelle François Ferrero et lui confie ne jamais être parvenu à appréhender les origines et le déroulement de cette crise¹³. Thomas Ban encourage François Ferrero à entreprendre un travail exploratoire sur cette crise, puis à publier un article sur le site internet du réseau de l'INHN, dans la rubrique réservée aux « controverses », lequel paraît en ligne en mai 2018. Dans cet article, Ferrero propose une enquête sur la crise des IUPG dans laquelle il offre une place importante à la discussion de la cure de sommeil administrée à Alain Urban, plus précisément au traitement psychopharmacologique. Entre mai 2018 et juin 2020, l'article suscite plus d'une trentaine de commentaires ou d'échanges, spontanés ou sollicités¹⁴, lesquels seront également publiés dans l'ouvrage de 2022 (Ferrero, 2022).

En décidant de revenir sur la crise institutionnelle de la psychiatrie genevoise de 1980 et de questionner la cure de sommeil administrée à Alain Urban, François Ferrero poursuit une double intention : d'une part, ouvrir le débat avec ses collègues spécialistes de la neuropsychopharmacologie et de son histoire, et d'autre part, « rappeler ce drame à la jeune génération [tandis que] l'enseignement de certains souvenirs sombres de l'histoire de la psychiatrie reste difficile et [qu']il est généralement reçu avec une certaine ambivalence par les universitaires¹⁵ » (ma traduction).

12 Entretien avec François Ferrero le 15 janvier 2021.

13 *Ibid.*

14 Les commentaires publiés sur le site sont le fait de membres du réseau ou de psychiatres sollicités par ces derniers. Entretien avec François Ferrero le 15 janvier 2021.

15 Ferrero écrit dans une réponse qu'il adresse sur le site de l'INHN à l'un de ses commentateurs, Luc Ciompi (ancien directeur médical de la clinique sociopsychiatrique

Avant de livrer une première liste des médicaments et dosages prescrits d'après lui durant les dix jours de la cure de sommeil conduite par René Tissot, Ferrero (2018) précise dans son article qu'Alain Urban souffrait d'une bronchopneumonie, sous-estimée, comme l'a attesté ensuite l'autopsie¹⁶. Il expose ensuite sa démarche pour évaluer la cure de sommeil pratiquée par Tissot : il cite la littérature française jugée faire référence en 1980, compare les « règles de l'art » décrites dans cette littérature, parmi lesquels les écrits du psychiatre et psychanalyste Paul-Claude Racamier (1924-1996) – un proche collaborateur du directeur de l'hôpital psychiatrique des Rives à Prangins (le Pr Charles Durand), qui d'après Ferrero a exercé une forte influence dans la région (2018) – ainsi qu'un bref chapitre de la quatrième édition, publiée en 1974, du *Manuel de psychiatrie* d'Henri Ey. Il rappelle que d'après les auteurs francophones dont il a consulté les écrits, la cure de sommeil est un traitement psychosomatique et qu'il est dans tous les cas difficile de dissocier les facteurs psychothérapeutiques et « physiothérapeutiques ». Il rapporte encore quels sont les examens somatiques qui étaient exigés dans ce type de cures, les ressources et conditions recommandées – une équipe infirmière formée et un endroit calme – et précise deux exigences jugées cruciales dans ces écrits : une préparation psychologique et le consentement du patient après information, soit

universitaire de Berne et fondateur de la communauté thérapeutique Soteria à Berne) : « *I am grateful to Luc Ciompi for having understood that one of the main purposes of my paper is to remind the younger generation of this drama. Nonetheless, teaching some dark memories of the history of psychiatry remains difficult and it is usually received with some ambivalence by academics.* » <https://inhn.org/inhn-projects/controversies/francois-ferrero-inquiry-of-the-geneva-1980s-psychiatry-crisis/luc-ciompis-comment/francois-ferrerros-reply-to-luc-ciompis-comments>.

16 Ferrero n'indique pas la source dans laquelle il tire les informations relatives aux médicaments et doses appliquées lors de la cure de sommeil administrée à Alain Urban, ceci ni dans la version de son article publié en ligne le 31 mai 2018 ni dans l'ouvrage de 2022. Dans la version de 2018, il précise qu'il n'a pas jusque-là accédé au rapport d'autopsie et au dossier médical du patient, conservés aux archives judiciaires genevoises depuis l'enquête pénale, sa demande pour y accéder étant encore en suspens. Ferrero y accédera quelques mois plus tard et publiera dans un commentaire en ligne plusieurs éléments tirés du rapport d'autopsie le 14 février 2019, sur lesquels je reviens par ailleurs plus loin dans cet épilogue. À noter que dans la version de 2022, Ferrero intègre directement dans son article les éléments tirés de l'autopsie publiés dans son commentaire en ligne de février 2019 (Ferrero, 2022, p. 27-28).

deux éléments ayant fait défaut dans le cas de la cure de sommeil administrée à Alain Urban.

Ferrero termine son article par un bref commentaire qu'il intitule « une note sur la légende de l'interdiction des ECT à Genève » (Ferrero, 2018, 2022, p. 33) (ma traduction), dans laquelle il met en relation deux ères distinctes de la psychiatrie genevoise : celle du tournant des années 1980 et celle de la fin des années 1990, durant laquelle il a lui-même dirigé le département de psychiatrie adulte des Hôpitaux universitaires genevois. À la fin des années 1990, alors que la clinique n'a pas remplacé les sismothères volés, François Ferrero envisage avec quelques collègues du département de psychiatrie des HUG de réintroduire la pratique des électrochocs au sein de l'hôpital psychiatrique¹⁷. Quand bien même une vingtaine d'années se sont écoulées depuis le vol en question, ceci se révèle être pour le moins compliqué.

En 1999, Ferrero décide de s'enquérir auprès du secrétariat général des Hôpitaux universitaires genevois (HUG) de l'existence ou non de bases légales à l'absence d'appareils à électrochocs au sein du département de psychiatrie adulte (Ferrero, 2018, 2022). Celui-ci l'informe qu'il n'existe effectivement pas de base légale qui interdise les électrochocs, mais qu'« il semble qu'un long usage proscrive ce traitement à Genève [et que] cette situation s'apparente à une coutume qui a en quelque sorte force de loi » (Ferrero, 2018, 2022, p. 34) (ma traduction).

À bien des égards, le vol des électrochocs en janvier 1980 ne constitue qu'un microévénement dans la série d'événements qui ont généré la crise de la psychiatrie institutionnelle à Genève. Et pourtant, précisément parce que cette action prend son sens dans une série d'actions, de mobilisations et de controverses qui précèdent cette crise et, certainement plus encore, qui lui succèdent, ce microévénement exerce un effet sur la durée. Je l'ai rapporté dans mon enquête, le vol des appareils à électrochocs ne précède que de

17 Entretien avec François Ferrero le 15 janvier 2021.

cinq mois le décès du jeune homme Alain Urban, et que de huit mois la reconnaissance politique de la crise institutionnelle. La dénonciation des affaires d'internement, des électrochocs et des traitements sans consentement durant la seconde moitié des années 1970, ainsi que le décès d'Alain Urban en 1980 sont devenus depuis lors des éléments constitutifs des institutions psychiatriques genevoises.

En 2001, soit deux ans après la question adressée par François Ferrero au secrétariat général des HUG, le député au Grand Conseil du parti Ensemble à gauche (EAG) Rémy Pagani – militant autour des questions du logement et de la vie de quartier à Genève dans les années 1970-1980 – dépose une interpellation urgente. Il souhaite savoir si « des malades genevois » seraient effectivement – comme il semble en avoir pris connaissance – envoyés dans le canton de Vaud « pour subir ce traitement indigne » (Brouet, 2008). Rémy Pagani, à ma connaissance, n'a jamais été membre de l'Adupsy. Et l'association, au tournant des années 2000, n'exerce plus d'activité en son nom depuis de nombreuses années. Pour autant, quelques ancien·nes membres et sympathisant·es de l'Adupsy et du mouvement antipsychiatrique des années 1970 ne manquent pas d'exercer ce que j'appellerai « une veille militante », critique et suffisamment puissante pour influencer, voire bloquer plusieurs changements envisagés par la direction du département de psychiatrie adulte. Une manière comme une autre d'entretenir ce que j'ai appelé dans l'introduction de cet ouvrage, le « fantôme » de l'Adupsy. Parmi les projets de changement entravés ou stoppés, la réintroduction de l'électroconvulsivothérapie, mais aussi le projet envisagé à la fin des années 1990 et début des années 2000, d'une réforme des services de psychiatrie adulte (intra- et extrahospitaliers) autour de catégories diagnostiques psychiatriques. Cette réforme que François Ferrero souhaite et défend publiquement ne pourra toutefois être menée à terme. Les réactions, se souvient-il, sont extrêmement vives¹⁸. Prévues pour être aussi appliquées aux services hospitaliers

18 *Ibid.* Voir aussi par exemple l'article publié dans le quotidien *Le Temps* par la journaliste Sylvie Arsever qui de longue date suit les affaires relatives au dispositif psychiatrique genevois (Arsever, 2001).

de l'hôpital de Belle-Idée, elle ne sera finalement mise en œuvre que dans les services ambulatoires.

L'article de Ferrero publié en ligne en 2018 suscite les commentaires de la part d'une douzaine de membres du réseau INHN jusqu'en juin 2020. Les premiers parmi eux à commenter cet article tendent à considérer que « la crise genevoise », bien que relativement tardive, revêt un caractère paradigmatique des nombreux conflits et controverses qui ont eu lieu entre la fin des années 1960 et le début des années 1980 dans d'autres pays d'Europe de l'Ouest et d'Amérique (en Allemagne, au Canada, aux États-Unis, en France ou Italie). Le professeur de psychiatrie au département de médecine clinique et expérimentale de l'université de Catane (en Sicile), Eugenio Aguglia, exprime par exemple une telle opinion dans un commentaire publié en ligne le 23 janvier 2020 :

« J'ai trouvé les différents commentaires sur le sujet très intéressants et je peux dire que, indépendamment du pays dans lequel chacun d'entre nous a étudié et travaillé, nous pouvons tous puiser dans une richesse commune d'expériences et de souvenirs sur cette période de changements, entre la fin des années 1960 et le début des années 1980, qui, à partir de la politique, a impliqué tous les aspects de la société¹⁹ » (ma traduction).

D'autres commentateurs, à l'exemple de Hanfried Helmchen, professeur de psychiatrie à la Freie Universität de Berlin de 1971 à 1999, puisent plus directement de leur propre expérience, la mémoire de situations dans lesquelles ils ont eux-mêmes été pris à partie par des mouvements antipsychiatriques et des collectifs de patients ancrés dans cette mouvance²⁰. Une part importante des commentaires et échanges publiés est ainsi consacrée à l'évocation de tels conflits ou controverses et à leur contextualisation.

19 <https://inhn.org/inhn-projects/controversies/francois-ferrero-inquiry-of-the-geneva-1980s-psychiatry-crisis/eugenio-aguglias-comment>. La citation est également publiée dans l'ouvrage de 2022 (Ferrero, 2022, p. 51).

20 <https://inhn.org/inhn-projects/controversies/francois-ferrero-inquiry-of-the-geneva-1980s-psychiatry-crisis/hanfried-helmchen-some-background>. Le commentaire est également publié dans l'ouvrage de 2022 (Ferrero, 2022, p. 64).

La contribution de l'historien de renommée internationale Edward Shorter²¹, l'un des rares historiens parmi les membres du réseau à ma connaissance, constitue l'une des réactions les plus critiques et virulentes publiées dans l'espace de cette controverse. Professeur titulaire de la chaire Jason A. Hannah d'histoire de la médecine à la faculté de médecine à l'université de Toronto, Edward Shorter est l'auteur de nombreux ouvrages sur l'évolution de la discipline psychiatrique, et notamment sur l'histoire de la psychiatrie biologique²². Sa contribution débute ainsi :

« Écrit par François Ferrero, une figure marquante de la psychiatrie européenne, cet essai est un réquisitoire, non seulement contre la psychiatrie genevoise de la fin des années 1970 et 1980, mais contre toute une époque de l'histoire de la psychiatrie. À cette époque, la psychanalyse était en déclin, bien qu'elle n'ait nullement disparu, et la psychiatrie sociale et communautaire était en plein essor. La psychiatrie biologique, telle qu'elle est comprise à Genève, semble avoir eu à peu près la même valeur morale que le nazisme. [...]

Et donc, si vous tombiez gravement malade à Genève pendant ces années-là, que vous proposait-on ? Les cliniciens tentaient timidement la « sectorisation », qui est un mot de code pour le traitement ambulatoire dans les cliniques de jour et les maisons de transition. Étonnamment, en 1980, ils proposaient encore la “cure de sommeil profonde” de Jakob Klaesi, et pas seulement avec des barbituriques classiques, mais aussi avec des antipsychotiques. Et la mort du pauvre Alain semble être due non pas à sa “bronchopneumonie”, mais à une toxicité aiguë due à l'interaction d'une liste effrayante de médicaments. Ainsi, la polypharmacie, c'est sûr, était proposée à Genève, malgré les incantations habituelles contre les “traitements biologiques”.

21 <https://inhn.org/inhn-projects/controversies/francois-ferrero-inquiry-of-the-geneva-1980s-psychiatry-crisis/edward-shorters-comment>.

22 Parmi ces ouvrages : *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac* (Shorter, 1997) ; *Before Prozac: A Troubled History of Mood Disorders in Psychiatry* (Shorter, 2009) ; *How Everyone Became Depressed: The Rise and Fall of the Nervous Breakdown* (Shorter, 2013) ; *What Psychiatry Left Out the DSM-5: Historical Mental Disorders Today* (Shorter, 2015) ; *The Madness of Fear: A History of Catatonia* (Shorter, 2018). Edward Shorter a également publié sur l'histoire de l'obstétrique, de la gynécologie, l'histoire de la famille et l'histoire de la sexualité.

Et qu'est-ce qui n'était pas proposé ? Les cliniciens (et probablement le personnel infirmier) semblent avoir été hystériquement opposés à la thérapie convulsive²³. [...] » (ma traduction).

Shorter poursuit son commentaire en jugeant sévèrement la brève contextualisation proposée par Ferrero (2018), dans la première partie de son article, de la crise des institutions psychiatriques genevoises des années 1980. Celui-ci propose en effet une courte biographie de chacun des quatre psychiatres ayant dirigé les institutions psychiatriques genevoises du milieu des années 1970 à la crise de 1980 – Julian de Ajuriaguerra, Gaston Garonne, René Tissot et André Haynal –, en précisant leurs orientations et leurs domaines de spécialisation respectifs, puis décrit de façon très succincte une série de conflits qui ont précédé les événements de 1980, et dans la continuité desquels la crise institutionnelle de la clinique de Bel-Air s'inscrit d'après lui. Je cite les propos de Shorter :

« Ferrero est très intéressé par les questions politiques locales, telles que la question de savoir qui est responsable de quel service. Et pour les gens de l'époque, cela semble sans aucun doute d'une grande importance. Pourtant, dans la perspective de 40 ans, ces questions sont insignifiantes. L'essentiel est que les modes sociaux des années 1970 et 1980 – plutôt que la science médicale – ont guidé les choix thérapeutiques de ces cliniciens genevois. Et les modes sociaux étaient profondément anti-thérapeutiques²⁴ » (ma traduction).

Shorter termine son commentaire sur une note pour le moins passionnée :

« Aujourd'hui, la psychiatrie suisse est impliquée dans une autre de ces convulsions, cette fois-ci en dénonçant les essais de médicaments des années 1950 et 1960 comme étant d'une certaine manière éthiquement déficients. Aucun formulaire de consentement signé ! Pas d'enregistrement vidéo de l'accord du patient pour participer à des enquêtes psychopharma-

23 <https://inhn.org/inhn-projects/controversies/francois-ferrero-inquiry-of-the-geneva-1980s-psychiatry-crisis/edward-shorters-comment>. Le commentaire de Shorter, dans son entier, est également publié dans l'ouvrage de 2022 (Ferrero, 2022, p. 67-68).

24 *Ibid.*

cologiques ! L'horreur ! Aujourd'hui encore, les Suisses réussissent à se tirer une balle dans le pied²⁵ » (ma traduction).

Il est peut-être utile de le préciser, les propos de Shorter font ici référence aux études historiques sur les essais cliniques médicamenteux effectués entre 1945 et 1990 au sein d'établissements psychiatriques dans plusieurs cantons suisses – des travaux menés principalement en Suisse alémanique (Germann, 2022) –, et dont la diffusion des résultats est récente ou encore à paraître au moment où Shorter publie son commentaire en ligne, le 4 octobre 2018²⁶. Parmi ces études, on peut citer celles consacrées aux essais cliniques effectués à l'hôpital de Münsterlingen, dans le canton de Thurgovie, entre 1950 et 1980 (Brandenberger, 2012 ; Meier *et al.*, 2019 ; Tornay, 2015, 2016), celles sur les essais cliniques réalisés à la clinique psychiatrique universitaire du Burghölzli à Zurich (Brandenberger, 2012 ; Rietmann *et al.*, 2018), ou encore celles consacrées aux établissements psychiatriques des cantons d'Argovie (Germann, 2020), de Bâle-ville (Germann, 2017), Bâle-campagne (Lienhard et Condrau, 2019), Berne (Manser-Egli, 2018), Lucerne (Richli et Evangelides, 2018) ou Saint-Gall (Lienhard, 2023).

À la réaction virulente de Shorter, Ferrero propose une réponse mesurée et informée de ses connaissances des institutions psychiatriques en Suisse, de leur organisation et de ses pratiques, ainsi que des institutions politiques propres à cet État²⁷. Il rappelle avoir cherché à remettre dans son contexte historique et faire comprendre, non seulement le décès du jeune patient et militant, mais aussi, comment un groupe de professionnels, selon lui « connus et talentueux », a

25 <https://inhn.org/inhn-projects/controversies/francois-ferrero-inquiry-of-the-geneva-1980s-psychiatry-crisis/edward-shorters-comment>.

26 À noter que ces recherches historiques s'inscrivent dans un contexte marqué par des politiques mémorielles et un « devoir de mémoire » envers les personnes victimes d'internements administratifs et psychiatriques. À propos de la politique mémorielle à l'égard des internés administratifs en Suisse voir Maulini et Ferreira (2019).

27 <https://inhn.org/inhn-projects/controversies/francois-ferrero-inquiry-of-the-geneva-1980s-psychiatry-crisis/edward-shorters-comment/francois-ferreros-reply-to-edward-shorters-comment>. La réponse de Ferrero publiée en ligne le 28 février 2019 est scindée en deux parties distinctes dans l'ouvrage paru en 2022 (voir Ferrero [2022, p. 68-69 et p. 145-147]).

pu « ignorer le danger de la situation » (ma traduction). Il explicite en outre quelle est – pour reprendre ici une célèbre expression foucauldienne – sa « volonté de savoir » : « Je me demande également comment l'ensemble du “Système”, y compris la psychiatrie, la faculté de médecine, l'université, les médias et le public, a réagi à cette situation²⁸ » (ma traduction).

Quelques mois après le commentaire de Shorter, soit en février 2019, Ferrero – ayant depuis obtenu l'autorisation lui ouvrant l'accès au rapport d'autopsie conservé aux archives judiciaires – décide d'en publier quelques extraits. Il livre les résultats des examens histologiques effectués, lesquels mettent en évidence l'existence de traces dans les organes et fluides corporels des différents médicaments administrés : un barbiturique, le *Tuinal* ; « trois dérivés de phénotiazine²⁹ », du *Nozinan*, du *Phénérgan*, de la *Terfluzine*, et une benzodiazépine, du *Rohypnol*. Ferrero cite en outre deux conclusions du rapport du médecin légiste (Jacques Bernheim) ayant procédé à l'autopsie du corps du jeune homme : la première confirme l'existence d'un « état infectieux bronchopulmonaire », et la seconde souligne l'action dépressive des médicaments administrés dans le développement de cet état infectieux. Ferrero termine cette nouvelle intervention dans la controverse qu'il a lui-même suscitée en reprenant à son compte la conclusion du rapport du médecin légiste sur les causes de la mort selon laquelle « [l]a cause principale du décès du jeune homme est une bronchopneumonie avec une bronchite chronique préexistante, ainsi qu'une charge médicamenteuse importante » (Ferrero, 2022, p. 28³⁰) (ma traduction).

Cette intervention donne une nouvelle tournure à la controverse. Il n'est dès lors plus question des conflits qu'ont pu engendrer

28 <https://inhn.org/inhn-projects/controversies/francois-ferrero-inquiry-of-the-geneva-1980s-psychiatry-crisis/edward-shorters-comment/francois-ferreros-reply-to-edward-shorters-comment>.

29 Pour rappel, les phénothiazines sont des antipsychotiques qui appartiennent à la classe des neuroleptiques.

30 À noter que l'entier de ce commentaire de Ferrero, publié en ligne sur le site internet du réseau INHN le 14 février 2019, a depuis été supprimé à cet endroit. En revanche, comme indiqué précédemment, les contenus dudit commentaire sont repris tels quels et intégrés dans la version de son article paru en 2022 (Ferrero, 2022, p. 27-28).

les discours et actions des mouvements antipsychiatriques, mais exclusivement de la cure de sommeil administrée à Alain Urban, de sa condamnation par les experts et donc de la responsabilité médicale de Tissot. Une nouvelle fois, l'histoire se focalise sur la figure d'Alain Urban, sur les causes de sa mort et sur la question des responsabilités.

Quelques mois plus tard, en juillet 2019, Edward Shorter publie un bref commentaire, lequel se veut également définitif : « La conclusion de l'autopsie semble tout à fait raisonnable. Alain avait une énorme charge de drogue à bord et a succombé facilement à une pneumonie. Pas d'autre commentaire de ma part³¹ » (ma traduction).

La controverse qui se déploie entre mai 2018 et juin 2020 sur le site de l'INHN se clôt par deux derniers commentaires de la part du professeur de psychiatrie à l'université d'Ottawa (Canada), Hector Warnes (les 28 mai et 11 juin 2020³²). Celui-ci explique disposer de bonne connaissance des cures de sommeil qui ont été pratiquées en psychiatrie et des écrits qui, à l'époque, constituaient des références en la matière. D'après lui, aucun de ces auteurs n'a jamais prescrit de doses aussi élevées de psychotropes que celles administrées par Tissot au jeune homme. Warnes conclut en affirmant redouter que ce qu'il qualifie d'« incidents », ne servent, je cite, « qu'à faire exploser le mouvement antipsychiatrique³³ » (ma traduction). On ne peut dès lors qu'observer, que condamner une cure de sommeil pratiquée il

31 À noter que ce commentaire paru en ligne le 25 juillet 2019 a depuis été supprimé du site internet du réseau INHN et n'apparaît pas dans l'ouvrage de 2022 (Ferrero, 2022).

32 <https://inhn.org/inhn-projects/controversies/francois-ferrero-inquiry-of-the-geneva-1980s-psychiatry-crisis/hector-warnes-comment-with-special-reference-to-ferreros-summary-of-alsains-autopsy>.

<https://inhn.org/inhn-projects/controversies/francois-ferrero-inquiry-of-the-geneva-1980s-psychiatry-crisis/hector-warnes-comment>. Dans l'ouvrage publié en 2022, les deux commentaires d'Hector Warnes sont intégrés dans un seul et même chapitre figurant au début du livre (Ferrero, 2022, p. 36-37), immédiatement après l'article de Ferrero.

33 <https://inhn.org/inhn-projects/controversies/francois-ferrero-inquiry-of-the-geneva-1980s-psychiatry-crisis/hector-warnes-comment-with-special-reference-to-ferreros-summary-of-alsains-autopsy>.

y a plus de quarante ans suscite visiblement encore aujourd'hui de vives craintes de la part de ceux qui ont été témoins et ont appréhendé ces mouvements durant les années 1960 à 1980.

En guise de conclusion à cet épilogue, je souhaite soulever une dernière interrogation au sujet de cette controverse qui, au cours de 2018-2020, prend pour objets ces événements. De quoi, en définitive, cette controverse entre experts-psychiatres, spécialistes de la psychopharmacologie et de son histoire, est-elle révélatrice ? Je terminerai en formulant deux pistes d'analyse.

Tout d'abord, il me semble que l'on peut se poser la question : s'agit-il de pallier, quelque quarante ans plus tard, l'absence de procès et de condamnation par la justice genevoise des années 1980 et de mener ainsi une sorte de procès extrajudiciaire, interne aux experts en psychopharmacologie ? C'est une piste d'analyse qui mériterait d'être étayée afin de mettre en lumière les ressorts de cette sorte de volonté de « faire justice ». Il faudrait en outre rendre aussi plus finement compte des mécanismes du déplacement de cette « affaire » d'une arène judiciaire (avec ses experts-psychiatres) vers une arène, scientifique, peuplée d'experts-psychiatres, spécialistes en psychopharmacologie, et issus en majorité semble-t-il d'une génération concomitante aux événements genevois.

Une deuxième piste d'analyse, qui n'exclut par ailleurs pas la première, pourrait éclairer les raisons d'un retour sur l'événement du décès du jeune homme et la crise de la psychiatrie institutionnelle. Il est possible qu'il soit question d'« exorciser » les effets de ce qui a été vécu et intériorisé dans la mémoire collective locale comme un drame, et qui continue de « hanter » cette mémoire collective de la psychiatrie genevoise. C'est là ce que me laisse entendre François Ferrero en janvier 2021³⁴, lorsque j'évoque avec lui les motifs qui ont présidé à la rédaction de son article : un certain « besoin d'exorcisme » – termes qu'il emploie lui-même – qui, en outre, ne peut être que collectif, précise-t-il. Ferrero m'explique évoquer par ailleurs

34 Entretien avec François Ferrero le 15 janvier 2021.

chaque année le décès d'Alain Urban et la crise de la psychiatrie genevoise des années 1980 lors de l'enseignement postgrade qu'il dispense aux jeunes psychiatres à l'Université de Genève. La volonté pour lui, dit-il, est de transmettre « aux jeunes générations » la mémoire et l'histoire de ces événements pour les rendre capables de reconnaître qu'il puisse exister des « impasses ». Pour lui, il s'agit de faire comprendre que le ou la médecin-psychiatre qui « détient un tel pouvoir psychiatrique sur l'autre » se doit de reconnaître qu'il puisse effectivement exister des « impasses ».

Note de l'auteurice

Remarques complémentaires sur les sources : corpus et accès.

Les principales sources mobilisées dans cet ouvrage sont composées d'archives militantes, conservées aux Archives contestataires à Genève ou conservées par des privés. Cet élément constitue certainement un aspect original de cette recherche. Ce sont des sources de nature très diverses puisqu'elles comprennent aussi bien des tracts, des argumentaires, des publications scientifiques, de la correspondance, des caricatures, des communiqués et articles de presse, que des expertises psychiatriques ou des ordonnances judiciaires. J'ai complété et croisé ces sources avec des entretiens réalisés avec des témoins historiques ou avec des proches de ces derniers. L'un des obstacles méthodologiques rencontrés au cours de ma recherche a été d'accéder à certaines catégories sociales de témoins historiques : les personnes « psychiatisées¹ » des mouvements et organisations qui ont lutté pour leurs droits, ainsi que les femmes, « psychiatisées » ou militantes « alliées ». Concernant le point de vue des ex-patient·es, il faut relever que la présence de personnes « psychiatisées » dans les collectifs qui ont lutté pour leurs droits se heurte à des difficultés. Dans les sources écrites de l'Adupsy, il n'est pas toujours aisé de savoir qui sont les personnes qui accomplissent quelles tâches ou actions ou prennent quelles décisions. Néanmoins, lorsque des personnes sont mentionnées, on constate qu'il s'agit très souvent de professionnel·les de la santé, du social ou des juristes, actif·ves dans l'association. Les personnes « psychiatisées » sont comparativement peu visibles, du moins parmi les militant·es les

1 Je reprends ici l'un des termes employés par les militant·es à l'époque.

plus actif-ves. Parfois, il est possible de trouver des sources qui explicitent cette déficience².

Le constat de cette difficulté méthodologique rencontrée au cours de mon enquête soulève la question du travail des chercheuses en sciences sociales face à des paroles minoritaires et minorisées. Elle requiert tout d'abord de porter attention à ne pas repérer et étudier uniquement des paroles dominantes, autrement dit à prendre conscience que d'autres paroles peuvent exister et que leur invisibilité ou leur manque de visibilité ne signifient pas qu'elles n'ont pas été ou ne sont pas importantes. Les questions qui se posent ensuite sont de savoir si des sources sont effectivement disponibles pour percevoir et analyser ces paroles minoritaires, peu ou pas audibles, et comment y accéder. Sans prétendre à l'exhaustivité j'identifie quatre raisons principales pour rendre compte et expliquer les difficultés auxquelles j'ai été confrontée pour accéder à ces paroles minoritaires.

Premièrement, les archives contestataires, conscientes de la nature sensible des sources conservées, souhaitent privilégier le droit à l'anonymat, voire à l'oubli. Pour cela, les archives exigent des chercheuses qui viendraient à prendre connaissance de l'identité d'une personne par le biais d'archives conservées dans leurs locaux, de ne pas s'en servir, ni pour prendre contact avec cette personne, ni pour la citer dans ses propres communications ou écrits.

Deuxièmement, bon nombre de femmes de l'époque notamment par crainte de représailles ont préféré agir dans l'anonymat, privilégiant le nom d'un collectif ou d'une action, parfois éphémère. L'action menée par le collectif féministe le 31 janvier 1980 pour voler et détruire les appareils à électrochocs de la clinique psychiatrique de Bel-Air³, une action signée non sans un brin d'humour « Choc-ovo », en constitue un exemple. Les traces laissées par cette action (des tracts, communiqués et articles de presse) constituent des sources utiles pour analyser ce type d'actions, elles ne permettent

2 J'analyse une telle source au chapitre 3.5.

3 Voir p. 213.

toutefois pas de suivre les actrices qui en sont à l'origine et d'analyser leur forme d'engagement au-delà de cette action.

Troisièmement, les premiers témoins avec lesquels j'ai été en contact sont de sexe masculin. Or, avec le temps, la mémoire peut parfois être lacunaire sur certains aspects comme j'ai pu le constater lors d'entretiens. Aussi, si les témoins se sont souvenus qu'un nombre non négligeable de femmes avaient participé au mouvement, et s'étaient engagées dans des actions et dans l'association, il leur a néanmoins été très souvent impossible, quarante ans plus tard, de les identifier et de les nommer.

Une dernière explication peut encore être formulée pour saisir cette difficulté à percevoir et analyser des paroles minoritaires. Il importe, c'est certain, de ne pas négliger le fait que pour les personnes qui ont été fortement exposées médiatiquement, précisément parce qu'elles ont été au cœur des situations dénoncées publiquement, l'expérience a pu être vécue sur un mode douloureux, voire dans certains cas sur un mode violent et traumatisant.

Par rapport à de telles situations, il me semble que la question d'un droit à l'oubli doit être posée. Entre droit à une forme de visibilité, voire à une forme de reconnaissance sociale et historique, et droit à une certaine forme d'invisibilité, voire à l'oubli, une question éthique se pose, dont la réponse doit à mon sens être examinée au cas par cas, et de manière non définitive. Il en va de la responsabilité du ou de la chercheuse en sciences sociales comme en histoire par ailleurs. Confrontée à ces difficultés, j'ai de mon côté cherché à me donner les moyens d'accéder à ces paroles sociales minoritaires, tout en veillant à respecter les principes éthiques et juridiques qui s'imposent.

Liste des abréviations

- AC – Archives contestataires (Genève)
Adupsy – Association pour les droits des usagers
de la psychiatrie (Genève)
AEG – Archives d'État de Genève
AJP – Association des juristes progressistes (Genève)
AMP – Association des médecins progressistes (Genève ou Vaud)
Asloca-Genève – Association genevoise de défense des locataires
CAS – Comité action santé (Genève)
CCS – Code civil suisse
CCVN – Comité contre Verbois nucléaire
CEDH – Convention européenne des droits de l'homme
CSP – Conseil de surveillance psychiatrique (Genève)
CPSU – Centre psychosocial universitaire
DJS-JSD – Juristes démocrates de Suisse
DSM-III – *Diagnostic and Statistical Manual, third edition*
EAG – Parti ensemble à gauche (Genève)
FIDH – Fédération internationale des droits de l'homme
GAP – Groupe action prison
HUG – Hôpitaux universitaires de Genève
INHN – *International Network for the History
of Neuropsychopharmacology*
IUP ou IUPG – Institutions universitaires psychiatriques
(de Genève)
LSDH – Ligue suisse des droits de l'homme
MSCC – Mouvement pour un service civil à la communauté
MPU – *Mental Patient Union*

PDC – Parti démocrate-chrétien

PL – Parti libéral

PR – Parti radical

PS – Parti socialiste

PT – Parti du travail

VPOD – Verband des Personals öffentlicher Dienste

Sources et bibliographie

Fonds d'archives

Archives contestataires (AC).

005_R-S	Fonds Riesen-Schuler
011_JS	Fonds Jacques Siron
027_RH	Fonds Rolf Himmelberger
044_JHS	Fonds June Howells Spalding
055_TVB	Fonds Charles Philipona
071_Bistro'psy	Classeur

Archives d'État de Genève (AEG).

1988va007.1	classeur « projets de loi 4663-4682 »
1988va007.2	classeur « pétitions terminées : n° 36 : de 240 à 247 »

Archives privées

Archives privées de Barthold Bierens de Haan

Les documents qui composent ce que j'ai appelé les « archives privées de Barthold Bierens de Haan » sont conservés dans trois classeurs à levier (format A4, dos d'environ 8 cm) portant chacun un nom : « Affaire Bel-Air 1977 » ; « Adupsy 1978 » et « Alain U. Commission d'enquête, etc. ». Ces trois classeurs m'ont été remis personnellement par Barthold Bierens de Haan. Je les lui ai rendus après consultation.

Les documents du classeur « Affaire Bel-Air 1977 » sont conservés en vrac dans une série de fourres plastiques transparentes. Ce classeur contient :

- de la correspondance (principalement relative à ce que j'ai appelé dans ma recherche « l'affaire des deux médecins », qui couvre essentiellement la période de juin à décembre 1977) ;

- des notes manuscrites ;
- des textes de prises de positions publiques ;
- un exemplaire d'une lettre adressée par « Les Pensionnaires du "Pavillon des Lilas blancs" » le 27 juin 1977 au Pr Tissot ;
- deux caricatures ;
- un compte-rendu des groupes pavillonnaires des Lilas ;
- un exemplaire de l'article publié à partir d'un entretien avec Barthold Bierens de Haan dans la revue des fonctionnaires internationaux de l'ONU et de l'OMS : Dedeyan, A. (1981, mai), Un autre regard sur la pratique institutionnelle, *UN Special*, 379, 11-15 ;
- deux manchettes de journaux et des coupures de presse (relatifs à l'affaire de l'internement de la militante antinucléaire et des deux médecins et couvrant la période du 16 juin à fin octobre 1977) ;
- un exemplaire annoté du *Statut du personnel des établissements hospitaliers* de la République et canton de Genève du 8 décembre 1975 ;
- un texte de B. Bierens de Haan, non daté, intitulé « La communauté thérapeutique dans l'hôpital psychiatrique, coursant d'espoir pour soignés et soignants ».

Les documents du classeur « Adupsy 1978 » sont rangés et séparés par trois onglets : « Adupsy/Histoire » ; « Supports/Org. Annexes » et « PRESSE » ; une première série de documents étant conservés au-dessus du premier onglet. Ce classeur contient :

- de la correspondance ;
- des notes manuscrites ;
- des documents produits par l'Adupsy (argumentaires, projets de statuts et statuts, affiche, tracts, circulaires internes, convocations et ordres du jour d'assemblées générales et de réunions du comité, procès-verbaux, rapports internes et rapports annuels, Bulletins de l'Adupsy et autres documents internes de l'Adupsy) ;
- une brève correspondance avec l'association suisse allemande *Pro Mente Sana* en 1978 (février et novembre), un texte de présentation et les statuts de cette association ;
- un arrêt du tribunal fédéral du 28 janvier 1981 (rejet des recours de droit public formés par 1/ Rolf Himmelberger et 2/ l'Adupsy, Edmond Vuichet et Nils de Dardel contre la loi genevoise du 7 décembre 1979 sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques) ;
- des communiqués et coupures de presse ;

- des documents relatifs à l'initiative cantonale pour les droits des malades de 1982 (texte de l'initiative, liste de signature).

Les documents du classeur « Alain U. Commission d'enquête, etc. » sont conservés en vrac, sans classement, ni logique apparente de conservation. Ce classeur contient :

- de la correspondance ;
- des notes manuscrites ;
- un dossier intitulé « Recherche » relatif aux recherches menées par René Tissot à Bel-Air, y inclus des témoignages de collaborateur·rices, ainsi que deux articles publiés : l'un par Perrier *et al.* (1975), *Projet de charte d'une commission d'éthique et de coordination de la recherche clinique*, l'autre par Tissot (1977), *La recherche en psychiatrie* (cités en bibliographie) ;
- des protocoles ;
- des bibliographies et articles scientifiques (relatifs aux cures de sommeil principalement, mais aussi à la mortalité en psychiatrie) ;
- des communiqués de presse ;
- le rapport de la commission d'enquête sur les IUPG du 1^{er} septembre 1981 ;
- des rapports relatifs à la réforme des IUPG de 1982 ;
- des rapports d'expertise ;
- des rapports de commissions du Grand Conseil et du Conseil d'État genevois (parmi lesquels un rapport de la commission des pétitions du Grand Conseil genevois sur la pétition de l'Adupsy concernant la clinique psychiatrique de Bel-Air à l'occasion des événements survenus en juin 1980 [P441] du 25 mars 1981 et de ses deux annexes ; ainsi qu'un rapport du Conseil d'État du 29 juillet 1987 à la question écrite déposée par la députée socialiste Micheline Calmy-Rey « La mort d'Alain » du 18 juin 1987) ;
- une ordonnance judiciaire.

Archives privées de Daniel Lines

La copie de deux documents m'a été remise par Daniel Lines ainsi qu'une carte postale originale. Dans les détails, il s'agit :

- d'une chronologie de deux pages de la procédure judiciaire suite au décès d'Alain Urban, établie par Daniel Lines fin janvier-début février 1989 ;
- d'un texte « À la mémoire d'Alain, Bel-Air 29 juin 1988 », signé et lu par Christian-Nils Robert à l'occasion de la manifestation en mémoire d'Alain Urban du 29 juin 1988, sur le site de la clinique psychiatrique ;
- et de trois exemplaires d'une carte postale, éditée vingt ans après le décès d'Alain Urban, soit en juin 2000. Côté recto de la carte figure une

photo d'Alain Urban, laquelle a déjà été publiée auparavant dans la presse romande, notamment dans le quotidien vaudois *24 Heures* du 2 novembre 1988 et dans *L'Hebdo* de février 1989. Côté verso, figure un texte signé par Daniel Lines en mémoire d'Alain Urban.

Sources orales

Entretiens

Entretien avec Roger Schuler le 3 octobre 2012, à Genève.

Entretiens avec Alain Riesen du 11 octobre 2012 et du 24 janvier 2013, à Genève.

Entretiens avec Rolf Himmelberger du 12 décembre 2012 et du 23 janvier 2013, à Genève.

Entretien avec Richard Vuagniaux le 21 février 2014, à Genève.

Entretien avec Barthold Bierens de Haan le 19 mars 2014, à Paris.

Entretien avec Jacques Diézi le 9 avril 2020, à Lausanne.

Entretien avec Raymond Panchaud le 23 avril 2020, à Corsier-sur-Vevey.

Entretien avec Nils de Dardel le 24 avril 2020 (entretien téléphonique enregistré).

Entretien avec G. le 28 avril 2020 (entretien téléphonique enregistré).

Entretien avec Jean-Christophe Miéville le 6 mai 2020, à Lausanne.

Entretien avec Sylvie Haller du 30 décembre 2020 et du 5 janvier 2021 (entretiens téléphoniques, second entretien enregistré).

Entretien avec Daniel Lines le 8 janvier 2021 (entretien en visioconférence, audio enregistré).

Entretien avec François Ferrero le 15 janvier 2021 (entretien en visioconférence, audio enregistré).

Conférence – débat

Riesen, A. et Schuler, R. (2012, 22 novembre). *Une approche critique de la psychiatrie : témoignages* [communication orale]. Cinquième rencontre-débat des archives contestataires, psychiatrie et antipsychiatrie, histoire, acteurs et enjeux d'une contestation, des années 1968 à nos jours, Genève.

http://archivescontestataires.ch/valoriser/evenements-passes/121122_Debat-psy_Roger-Alain-debat-general.mp3.

Sources internet

Le Temps – archives historiques, www.letempsarchives.ch.

Plateforme *Scriptorium*, scriptorium.bcu-lausanne.ch.

Site de la *Radio télévision suisse francophone* (RTS), www.rts.ch.

Site de l'*International Network for the History of Neuropsychopharmacology*, www.inhn.org.

Site de Rolf Himmelberger, www.rolfhimmelberger.ch.

Textes législatifs

Liste des principaux textes législatifs cités

Législation fédérale

21.12.1937	Code pénal suisse (CPS)
Feuille fédérale	Message du Conseil fédéral concernant la modification du Code civil suisse (privation de liberté à des fins d'assistance) et le retrait de la réserve apporté à l'article 5 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales
26.09.1977	

Législation genevoise

05.02.1838	Loi sur le placement et la surveillance des aliénés
14.03.1936	Loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (K 1 12)
29.09.1977	Code pénal de procédure genevoise (CPP-GE) (E 4 20)
07.12.1979	Loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques (K 1 25)
06.12.1987	Loi concernant les rapports entre membres des professions de la santé et des patients (K 1 80)

Illustrations

Illustration 1. Ceppi, D. et Tschopp, N. pour le CAC. 1976, in : D. Gros (1987). *Dissidents du quotidien : la scène alternative genevoise 1968-1987* (p. 152). Éditions d'en bas.

Illustration 2. Monogramme inconnu, commanditaire : comité contre la répression psychiatrique, *Meeting et animation. L'internement psychiatrique, Maison de la Jonction, Genève 18-19 juin 1976*, Genève, 1976, Collection suisse des affiches, Bibliothèque de Genève. En ligne : www.posters.nb.admin.ch/discovery/delivery/41SNL_53_INST:posters/1234326800003978, consulté le 22 octobre 2024.

Illustration 3. Reymond, Pierre, s. t., s. l., s. d., in : J. Steinauer, (1982). *Le Fou du Rhône : documents sur la crise psychiatrique genevoise* (p. 85). Tout va bien hebdo/Adupsy.

Illustration 4. S. n., s. t., s. l., s. d., in : J. Steinauer, (1982). *Le Fou du Rhône : documents sur la crise psychiatrique genevoise* (p. 50). Tout va bien hebdo/Adupsy.

Illustration 5. S. n., image de l'autocollant produit par l'Adupsy, Genève, s. d., Archives contestataires, Fonds Rolf Himmelberger, Cote : CH CH-002049-8 027_RH-S10. En ligne : www.archivescontestataires.ch/home/inventaire-du-fonds-rolf-himmelberger, consulté le 22 octobre 2024.

Illustration 6. S. n., s. t., Genève, novembre 1979, Archives contestataires, Fonds Rolf Himmelberger, Cote : CH CH-002049-8 027_RH. En ligne : <http://inventaires.archivescontestataires.ch/index.php/45fd-2p2t-eg2m>, consulté le 22 octobre 2024.

Illustration 7. S. n., image de couverture de *Tout va bien hebdo*, Mensuel suisse de contre-information et de luttes, Genève, 17 octobre 1980, Archives contestataires, Fonds Charles Philipona, Cote : CH CH-002049-8 055_TV.B.

Illustration 8. S. n. (photographe inconnu-e), photographie sur carton, *Bel-Air tue, Tissot assassin*, Genève, avril 1981, Archives contestataires, Fonds June Howells Spalding, Cote : CH CH-002049-8 044_JHS-S02. En ligne : www.archivescontestataires.ch/home/publication-de-linventaire-du-fonds-june-howells-spalding, consulté le 22 octobre 2024.

Illustrations 9 et 10. Carte postale. Recto : photographe original-e inconnu-e, photo d'Alain Urban, 1979, Gy (pour la photo). Verso : texte de Daniel Lines, Dijon, 2000. Archives personnelles de Daniel Lines, trois exemplaires originaux m'ont été donnés en janvier 2021.

Encadrés

Encadré 1. Lines, Daniel, *La dernière nuit en liberté*, Glasgow (Écosse), 1^{er} février 2021. Ce texte m'a été envoyé par son auteur par courriel le 1^{er} février 2021.

Encadré 2. Haller, Sylvie, *Quelles sont nos limites et nos disponibilités lors des permanences ?* Texte publié dans le premier bulletin de l'Adupsy, p. 11, Archives contestataires, Fonds Riesen-Schuler, Cote : 005_R-S_S03. Texte reproduit ici avec l'accord de son auteure quant au dévoilement de son identité personnelle (janvier 2021).

Presse

- ARSEVER, S. (1976a, mars 30). En marge d'une procédure d'internement : Quels sont à Genève les pouvoirs du conseil de surveillance psychiatrique ? *Journal de Genève*, 10.
- ARSEVER, S. (1976b, avril 26). Nouvel internement psychiatrique contesté. *Journal de Genève*, 12.
- ARSEVER, S. (1977a, juin 17). Internement abusif à Bel-Air ? *Journal de Genève*, 15.
- ARSEVER, S. (1977b, août 23). Internement psychiatrique : La commission des pétitions livre un rapport plus philosophique que factuel. *Journal de Genève*, 14.
- ARSEVER, S. (1980a, juillet 11). Décès en cure de sommeil : la direction de Bel-Air déliée de son secret. *Journal de Genève*, 13.
- ARSEVER, S. (1980b, juillet 12). Après un décès à Bel-Air, les professeurs Tissot et Garrone donnent des explications. *Journal de Genève*, 21.
- ARSEVER, S. (1988, juin 25). Manifestation à Bel-Air. *Journal de Genève*, 31.
- ARSEVER, S. (1989, février 18). Mort à Bel-Air : la justice muette. *Journal de Genève*, 28.
- ARSEVER, S. (2001, juin 25). Pour cause de querelle d'experts, la réorganisation de la psychiatrie publique genevoise prend du retard. *Le Temps*.
- Association des médecins progressistes (AMP). (1982, mars 31). Point de vue : Les médecins progressistes et la réorganisation de la psychiatrie. *Journal de Genève*, 18.
- B., F. (1976, mai 12). Étudiant en droit interné : les étudiants mettent en cause l'internement administratif. *Journal de Genève*, 15.
- B., M. (1977, juin 27). Double déplacement à Bel-Air : divergences sur la conception des soins psychiatriques. *Le Courrier*.
- B., P. (1974, décembre 3). Tribunal criminel de Lausanne : l'accusé se prend pour la victime. *Tribune – Le Matin*, 8.
- B., P. (1975, mars 23). Justice et psychiatrie en accusation : la fracassante prise de position d'un expert. *Tribune – Le Matin*, 3.
- BERNER, P., BALLUS PASCUAL, C., HIRSCH, S., ALONSO-FERNANDEZ, F., RUIZ-MATEUS, A. M., COSTA E SILVA, J. A., HELMANN, D. H., MENDLEWICZ, J., DENIKER, P., LÔO, H., PICHOT, P., WILDLÖCHER, D., LEMPERIÈRE, T., FÉLINE, A., TATOSSIAN, A., SCOTTO, J.-C., LUCCIONI, H., GAYRAL, L. F., PÉLICIER, Y., ... FIEVE, R. R. (1982, janvier 24). Après la mort d'un adolescent dans une clinique de Genève. Vingt-quatre psychiatres prennent la défense d'un confrère menacé de sanction. *Le Monde*.
- BERTRAND, F., ET ROBERT, C.-N. (1980, juillet 10). Il est grand temps de s'attaquer de front aux violences symboliques qui se pratiquent sous le couvert des secrets les plus divers. *Tribune de Genève*, 11.
- BIERENS DE HAAN, B. (1977, septembre 3). Lettre à Anna B. 24 *Hebdo*, 40.

- BIMPAGE, S. (1981a, septembre 11). Rapport sur la clinique Bel-Air : vers une révolution de la psychiatrie genevoise. *Journal de Genève*, 15.
- BIMPAGE, S. (1981b, octobre 26). Psychiatrie genevoise en question (I). Bel-Air est-il le symptôme d'un mal plus général ? *Journal de Genève*, 17.
- BIMPAGE, S. (1982a, janvier 30). En marge de « l'affaire Bel-Air » : Jaques Vernet répond aux psychiatres du Monde. *Journal de Genève*, 24.
- BIMPAGE, S. (1982b, mars 26). Interview de Jaques Vernet : « enfin un consensus ». *Journal de Genève*, 19.
- BIMPAGE, S. (1982c, mars 26). Vers une psychiatrie moderne. *Journal de Genève*, 19.
- BIMPAGE, S. (1982d, mars 30). Après les décisions de la commission administrative des institutions psychiatriques : réorganisation de la psychiatrie la VPOD proteste. *Journal de Genève*, 15.
- BIMPAGE, S. (1988, août 18). Psychiatrie : Alain, pour l'exemple. *L'Hebdo*, 23.
- BIMPAGE, S. (1989a, février 23). Justice et médecine : le patient et son bourreau. *L'Hebdo*, 44-49.
- BIMPAGE, S. (1989b, février 23). Traitements de l'obésité : scandale à Genève. *L'Hebdo*, 49.
- BROUET, A.-M. (2008, juin 5). Faut-il réhabiliter les électrochocs ? *Tribune de Genève*.
- BRUMAGNE, N. (1955, juin 23). L'accouchement naturel à l'hôpital de Lavaux à Cully. *L'Illustré*, 11-12.
- BULLOCH, M. (1989, février 18). Violence psychiatrique condamnée : en souvenir d'Alain. *La Suisse*, 41.
- BUTTY, C. (1980, juillet 15). Confiance ! *Le Courrier*, 7.
- Comité contre la répression psychiatrique, Association des juristes progressistes, et Association des étudiants en droit. (1976, mai 1). Après l'arrestation et l'internement d'un étudiant [communiqué du comité contre la répression psychiatrique, l'Association des juristes progressistes et l'Association des étudiants en droit]. *Journal de Genève*, 18.
- CUÉNOD, J.-N. (1977, juin 21). Après l'« évasion » d'Anna : une centaine de manifestants reçus par le directeur dans l'enceinte de Bel-Air. *Tribune de Genève*.
- CUÉNOD, J.-N. (1981, janvier 28). La loi genevoise sur l'internement psychiatrique réussit son « examen de passage » au tribunal fédéral. *Tribune de Genève*, 11.
- CUÉNOD, J.-N. (1982a, mars 24). Réorganisation de la psychiatrie à Genève : les réactions de l'Adupsy. *Tribune de Genève*, 13.
- CUÉNOD, J.-N. (1982b, mars 31). La réforme de la psychiatrie devant le Conseil d'État. *Tribune de Genève*, 15.
- D., D. (1976, mai 1). Décision prise par la direction de la clinique en accord avec le conseil de surveillance psychiatrique : l'étudiant interné à Bel-Air a été libéré vendredi matin. *Tribune de Genève*, 9.

- DE SENARCLENS, H. (1977a, septembre 22). Psychiatrie à Genève : querelle des anciens et des modernes (I). Dr Bierens de Haan : « Il ne faut pas opposer à la violence de la folie, la violence de la psychiatrie ». *Journal de Genève*, 18.
- DE SENARCLENS, H. (1977b, septembre 23). Psychiatrie à Genève : querelle des anciens et des modernes (II). Un défaut de la psychiatrie : avoir transformé des gens avec problèmes, en malades avec symptômes. *Journal de Genève*, 21.
- DE SENARCLENS, H. (1977c, septembre 24). Psychiatrie à Genève : querelle des anciens et des modernes (III). Prof. Tissot : « C'est une nécessité absolue pour le psychiatre de garder la confiance de la population ». *Journal de Genève*, 20.
- DE SENARCLENS, H. (1977d, septembre 27). Psychiatrie à Genève : querelle des anciens et des modernes (IV). « L'antipsychiatrie a tort de ne voir dans la maladie mentale qu'un sous-produit d'un monde inorganisé ». *Journal de Genève*, 12.
- DE SENARCLENS, H. (1980a, juillet 15). La psychiatrie ne suffit pas. *Journal de Genève*, 11.
- DE SENARCLENS, H. (1980b, septembre 27). Crise ouverte en psychiatrie. Les médecins genevois s'affrontent sur Bel-Air. *Journal de Genève*, 22.
- DE SENARCLENS, H. (1980c, octobre 3). Un rapport serait rendu avant l'été. Bel-Air : création d'une commission d'enquête. *Journal de Genève*, 14.
- DE SENARCLENS, H. (1980d, octobre 3). Une réplique inadéquate ? *Journal de Genève*, 14.
- Deux médecins de Bel-Air « déplacés » : La « contestation » atteint maintenant la médecine psychiatrique à Genève. (1977, juin 24). *Tribune de Genève*.
- DOMON, I. (1988a, novembre 2). Véritable cure de sommeil pour l'affaire d'Alain U. : La justice traîne. *24 Heures*, 3.
- DOMON, I. (1988b, novembre 2). Véritable cure de sommeil pour l'affaire d'Alain U. : un cocktail jugé trop dangereux. *24 Heures*, 3.
- DOMON, I. (1988c, novembre 2). Véritable cure de sommeil pour l'affaire d'Alain U. : une méthode abandonnée. *24 Heures*, 2.
- DOMON, I. (1988d, novembre 2). Véritable cure de sommeil : ses amis se battent pour lui. *24 Heures*, 2.
- DOMON, I. (1989, février 18). Surdose de médicaments : la justice absout l'hôpital. La seconde mort d'Alain U. *24 Heures*, 7.
- F., B. (1976, mai 12). Étudiant en droit interné : les étudiants mettent en cause l'internement administratif, *Journal de Genève*, 15.
- F., C. (1976, avril 30). L'internement administratif d'un étudiant maintenu contre l'avis de deux responsables de la clinique Bel-Air, affirme le défenseur de l'étudiant. *Tribune de Genève*, 24.
- G., G. (1977, juin 25). Deux médecins de Bel-Air déplacés : vives réactions du personnel. *La Suisse*.
- G.-O., C. (1989, juin 29). Après seize années passées à la Fondation de Nant, le médecin-directeur quitte ses fonctions demain. *L'Est Vaudois*, 20.

- GODINAT, G. (1977, juillet 18). Les médecins progressistes désapprouvent. *Tribune de Genève*.
- GUGGISBERG, M., DE MEURON, M., MÜLLER, C., RÉMY, M., REY-BELLET, J., VAN, H., VAN LECKWYCK, E., SCHNEIDER, G., ET WINTELER, R. (1980, juillet 25). Après un décès en cure de sommeil. Bel-Air : des médecins romands parlent. *Journal de Genève*, 12.
- H. (1976, mai 5). Fin de l'internement psychiatrique d'un étudiant. *Journal de Genève*, 12.
- HALLER, S., ROBERT, C.-N., LINES, D., BIERENS DE HAAN, B., et. al., (1989, février 23). Lettre ouverte. *L'Hebdo*, 46.
- JACCARD, R. (1977, août 21). Les sanctions prises contre deux psychiatres divisent l'opinion suisse. *Le Monde*.
- JULLIEN, O. (1977a, juin 25). Le directeur de la clinique de Bel-Air déplace deux médecins. *Journal de Genève*.
- JULLIEN, O. (1977b, juin 27). Après le « déplacement » de deux médecins de Bel-Air le personnel soignant s'élève contre cette mesure. *Journal de Genève*.
- JULLIEN, O. (1977c, juin 30). Protestations à la suite du déplacement de deux médecins de Bel-Air. *Journal de Genève*, 13.
- KASPER-ANSERMET, L. (1988, novembre 8). Affaire Alain U. : droit de réponse. *24 Heures*, 11.
- La voiture du professeur Tissot incendiée. (1982, avril 3). *Tribune de Genève*, 17.
- Le conflit de Bel-Air continue. 244 employés solidaires de la direction. (1977, juillet 2). *La Suisse*.
- Le malade a le droit de savoir. (1982, septembre 25). *Gazette de Lausanne*, 5.
- Le rapport de la commission sur les institutions psychiatriques (2). La critique des soins prodigués à Bel-Air. (1981, septembre 16). *Tribune de Genève*, 14-17.
- Le rapport de la commission sur les institutions psychiatriques (3). À l'origine des difficultés : le système d'organisation. (1981, septembre 17). *Tribune de Genève*, 17.
- Le rapport de la commission sur les institutions psychiatriques (4). L'orientation de la recherche à Bel-Air. (1981, septembre 18). *Tribune de Genève*, 17.
- Le rapport de la commission sur les institutions psychiatriques (5). Comment le directeur a perdu toute autorité réelle sur Bel-Air. (1981, septembre 19). *Tribune de Genève*, 13.
- Le rapport de la commission sur les institutions psychiatriques (6). Séparer la psychiatrie gériatrique de la psychiatrie adulte. (1981, septembre 21). *Tribune de Genève*, 13.
- M., J.-J. (1977, juin 25). À Bel-Air, médecins et personnel soignant s'unissent. *Tribune de Genève*.
- MARTIN, G.-H. (1980a, octobre 7). À propos de la mort d'Alain à Bel-Air. Un climat épouvantable. *Tribune de Genève*, 11.

- MARTIN, G.-H. (1980b, octobre 10). Les médecins contestataires se plaignent de la « Tribune de Genève ». *Tribune de Genève*, 13.
- MARTIN, G.-H. (1981, septembre 15). Psychiatrie à Genève : publication intégrale du rapport. *Tribune de Genève*, 1.
- MARTIN, G.-H. (1982, janvier 26). 24 éminents psychiatres étrangers prennent la défense de la recherche biologique à Bel-Air. *Tribune de Genève*, 9.
- MEUWLY, M. (1975, avril 8). Les juges et les idées nouvelles : étrange démarche contre un expert. *24 Heures*, 13.
- MOTTET, J.-B. (1989, février 18). Décès d'Alain Urban à Bel-Air. Dossier médical : contradictions. *Le Courrier*, 19.
- N., I. (1977, juin 16). Manifestante antinucléaire. Jeune femme internée contre son gré. *Tribune de Genève*.
- Publication intégrale du rapport de la commission sur les institutions psychiatriques. (1981, septembre 15). *Tribune de Genève*, 14.
- R., P. (1989, février 18). Décès d'Alain Urban à Bel-Air. Le procès d'une certaine psychiatrie. *Le Courrier*, 19.
- ROBERTS, A. (2008, septembre 2). A crusade for dignity. Andrew Roberts recalls his involvement in the foundation of the Mental Patients Union. *The Guardian*. www.theguardian.com/society/2008/sep/03/mentalhealth.health.
- STEINAUER, J. (1980a, octobre 17). Attention, un chercheur peut en cacher un autre. *Tout va bien hebdo*, 13-14.
- STEINAUER, J. (1980b, octobre 17). Bel-Air : les schtroumpfs du professeur Tissot. *Tout va bien hebdo*, 12-13.
- TISSOT, R. (1977b, juin 17). Internement d'une manifestante antinucléaire. Le point de vue du directeur de Bel-Air [communiqué Pr René Tissot]. *Tribune de Genève*.
- TISSOT, R. (1981, septembre 15). Bel-Air : lettre ouverte de M. Tissot à M. Werner. *Tribune de Genève*, 15.
- TISSOT, R. (1982, avril 2). Réforme de la psychiatrie. Lettre du professeur Tissot au Conseil d'État. *Tribune de Genève*, 17.
- Tout va bien hebdo. (1980, octobre 17). Pas de recherche sur la recherche ! *Tout va bien hebdo*, 1.
- TV ROMANDE. Dimanche 11.30. (1976, mai 1^{er}). L'internement psychiatrique. *24 Heures*, V.
- TV ROMANDE. Dimanche 11.30. (1977, septembre 24). « Table ouverte » : faut-il fermer les hôpitaux psychiatriques ? *24 Heures*, V.

Bibliographie

- AEBISCHER, G. (2022). *Le Corps médical genevois en politique, de la Restauration à « l'affaire Coindet » (1814-1856)* [Mémoire de maîtrise universitaire]. Université de Genève, Faculté des lettres.
- AEBLI, M. (2018, octobre 22). *40 ans des JDS : contre l'instrumentalisation du droit par le pouvoir !* DJS JDS GDS. www.djs-jds.ch/fr/djs/artikel/1681-40-ans-des-jds-contre-l-instrumentalisation-du-droit-par-le-pouvoir
- ACKERKNECHT, E. H. (1977). Les membres genevois de la « Société médicale d'observation de Paris (1832) ». *Gesnerus*, 34, 90-97.
- APPIGNANESI, L. (2009). *Mad, Bad, and Sad: A History of Women and the Mind Doctors*. New York : W. W. Norton & Company.
- Association pour les droits des usagers de la psychiatrie. (1981). *Récits, témoignages, révolte : paroles*. Genève : Association pour les droits des usagers de la psychiatrie.
- Association vaudoise de médecins progressistes. (1979). *La Mal-formation médicale*. Lausanne : Éditions Kesselring.
- BARBOT, J. (2001). « S'engager dans le monde biomédical : diversité et front commun des associations ». In D. Cefaï et D. Trom (Éds.), *Les Formes de l'action collective : mobilisations dans des arènes publiques*. (p. 229-254). Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- BARBOT, J. (2002). *Les Malades en mouvements : la médecine et la science à l'épreuve du sida*. Paris : Balland.
- BARRAS, V. (2003). « Compte-rendu de : Brulhart, Armand : du mal de Saint-Antoine à Belle-Idée : 2 siècles de psychiatrie à Genève, 1800-2000. T. 1 1800-1950. Genève, Georg, HUG, 2002 ». *Gesnerus*, 60, 105-107.
- BARRAS, V. (2005, février 2). *Charles Coindet*. Dictionnaire historique de la Suisse. www.hls-dhs-dss.ch/textes/f/F14326.php
- BARRELET, J. (2004, juillet 30). *André Gautier*. Dictionnaire historique de la Suisse. <https://hls-dhs-dss.ch/articles/006782/2004-07-30/>
- BARRELET, J. (2020, avril 21). *Jaques Vernet*. Dictionnaire historique de la Suisse. <https://hls-dhs-dss.ch/articles/006840/2020-04-21/>
- BASAGLIA, F. (Éd.). (1968). *L'Institution en négation : rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia*. Paris : Éditions du Seuil.
- BENSA, A., ET FASSIN, E. (2002). « Les sciences sociales face à l'événement ». *Terrain : anthropologie & sciences humaines*, 38, 5-20. <https://doi.org/10.4000/terrain.1888>
- BIERENS DE HAAN, B. (1979). *Dictionnaire critique de psychiatrie*. Lausanne : Pierre-Marcel Favre.
- BINDSCHIEDLER, O. (1998, novembre). *Histoire*. DJS JDS GDS. www.djs-jds.ch/fr/djs/les-jds/198-histoire

- BONARD, C. (1984). *Aliénistes et maladies mentales à Genève : un prolongement méconnu de la révolution de mil huit cent quarante-six : « l'affaire Coindet »* [Mémoire de licence universitaire]. Université de Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation.
- BONARD, C. (1991). « Un médecin genevois ayant marqué son époque : Jean-Charles Coindet (1796-1876), hygiéniste et aliéniste ». *Gesnerus*, 48(3-4), 359-366. <https://doi.org/10.5169/seals-521284>
- BOVET, É., DIEZI, J., ET PIDOUX, V. (2013). « Le médicament entre recherche et expertise : pour un scepticisme optimiste ». *Revue d'anthropologie des connaissances*, 7(3), 605-616.
- BOVIER, P., ET TISSOT, R. (2003). « Les lignes de force de la pensée et de l'action de J. de Ajuriaguerra ». In A. Brulhart (Éd.), *De Bel-Air à Belle-Idée : 2 siècles de psychiatrie à Genève 1800-2000. T.2 : De Bel-Air à Belle-Idée : 1950-2000.* (p. 25-31). Genève : Georg ; Hôpitaux universitaire de Genève (HUG).
- BRANDENBERGER, K. (2012). *Psychiatrie und Psychopharmaka : Therapien und klinische Forschung mit Psychopharmaka in zwei psychiatrischen Kliniken der Schweiz, 1950–1980* [Dissertation]. Universität Zürich, Philosophische Fakultät. <https://doi.org/10.5167/uzh-164122>
- BRULHART, A. (Éd.). (2002). *2 siècles de psychiatrie à Genève : 1800-2000. T. 1 : Du mal de Saint-Antoine à Belle-Idée : 1800-1950.* Genève : Georg ; Hôpitaux universitaire de Genève (HUG).
- BRULHART, A. (Éd.). (2003a). *2 siècles de psychiatrie à Genève : 1800-2000. T. 2 : De Bel-Air à Belle-Idée : 1950-2000.* Genève : Georg ; Hôpitaux universitaire de Genève (HUG).
- BRULHART, A. (2003b). « Essai de chronologie ». In A. Brulhart (Éd.), *2 siècles de psychiatrie à Genève : 1800-2000. T. 2 : De Bel-Air à Belle-Idée : 1950-2000* (p. 233-348). Genève : Georg ; Hôpitaux universitaire de Genève (HUG).
- BRUMSCHÄPPI, P. (2020). *Folie et Politique : santé mentale en mutation au Brésil.* Genève ; Montréal : Georg ; Les Presses de l'université de Montréal.
- BUNNEY, W. (2011). « William E. Bunney's interview of Thomas A. Ban in Boca Raton, FL, December 10, 2007, at the annual meeting of the American College of Neuropsychopharmacology ». In T. A. Ban (Ed.), *An Oral History of Neuropsychopharmacology. The First Fifty Years. Peer Interviews*, 9, 19-35.
- CALLON, M., ET FERRARY, M. (2006). « Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau ». *Sociologies pratiques*, 2(13), 37-44.
- CARROY-THIRARD, J. (1977). « Les aliénistes et leur opposition sous le Second Empire ». *Psychanalyse à l'université*, 2(6), 321-333.
- CASTEL, R. (1973). *Le Psychanalysme.* Paris : F. Maspéro.
- CASTEL, R. (1976). *L'Ordre psychiatrique : l'âge d'or de l'aliénisme.* Paris : Les Éditions de Minuit.
- CHAMPY, F., ET ISRAËL, L. (2009). « Professions et engagement public ». *Sociétés contemporaines*, 73(1), 7-19.

- CHAUVEAU, S. (2016). « Les crises sanitaires en France : affaires et scandales des années 1980 au début du XXI^e siècle ». In M. Mazbouri et F. Vallotton (Éds.), *Scandale et Histoire* (p. 35-51). Lausanne : Antipodes.
- CICCHINI, M., ET MAUGUÉ, L. (2021). « L'impossible asile. La maison des aliénés de Corsier (1832-1838) ». *Revue d'histoire moderne contemporaine*, 68(1), 72-98.
- COFFIN, J.-C. (1994). « La "folie morale" au XIX^e siècle ». In L. Mucchielli (Éd.), *Histoire de la criminologie française* (p. 89-106). Paris : L'Harmattan.
- COFFIN, J.-C. (2003). *La Transmission de la folie : 1850-1914*. Paris : L'Harmattan.
- COFFIN, J.-C. (2005). « Antipsychiatry movement ». In G. Albrecht (Éd.), *Encyclopedia of Disability* (Vol. 1, p. 116-117). Thousand Oaks : Sage Publications.
- COFFIN, J.-C. (2007). *Antipsychiatrie : les enjeux éthiques*. <https://inserm.ethique.fr>
- COFFIN, J.-C. (2010, octobre). « Liberté du patient et éthique du psychiatre ». *Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance, Actes du colloque international (Felix C., Tardif J., éd.), Nice 4-5 juin 2009, Plénière 1 : actes éducatifs et de soins, des frontières ténues, Séquence 1 : la recomposition du champ psychiatrique*. <http://revel.unice.fr/symposia/actedesoin/index.html?id=445>
- COLLECTIF CONTRAST. (2015). « La régulation des pratiques contraignantes de soin en santé mentale : perspectives pour une approche interdisciplinaire ». In G. Koubi, P. Hennion-Jacquet, et V. Azimi (Éds.), *L'Institution psychiatrique au prisme du droit*. Paris : Éditions Panthéon Assas.
- COLLECTIF TRAVAIL. (1977). « Une expérience à Genève : le collectif travail ». In M. Elkaïm (Éd.), *Réseau-alternative à la psychiatrie : collectif international* (p. 194-210). Paris : Union générale d'éditions.
- COOPER, D. (1967). *Psychiatrie et Anti-psychiatrie*. Paris : Éditions du Seuil.
- CRESSWELL, M. (2005). « Psychiatric "survivors" and testimonies of self-harm ». *Social Science & Medicine*, 61(8), 1668-1677. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.03.033>
- CRESSWELL, M. (2009). *Asylum to Action, "Survivors" History, and the Symbols of a Movement. Mark Cresswell's Review of Helen Spandler's Asylum to Action, Paddington Day Hospital, Therapeutic Communities and Beyond 2006*. <http://studymore.org.uk/cresshsp.pdf>
- CROSSLEY, N. (2006a). « Anti-psychiatry and "the Sixties" ». In *Contesting Psychiatry: Social Movements in Mental Health* (p. 99-125). London : Routledge.
- CROSSLEY, N. (2006b). « Changement culturel et mobilisation des patients : le champ de la contestation psychiatrique au Royaume-Uni, 1970-2000 ». *Politix*, 19(73), 23-55. <https://doi.org/10.3917/pox.073.0023>
- CROSSLEY, N. (2006c). *Contesting Psychiatry: Social Movements in Mental Health*. London : Routledge.
- CUÉNOD, J.-N. (2003). « Quand Bel-Air jouait la Grande Muette ». In A. Brulhart (Éd.), *2 siècles de psychiatrie à Genève : 1800-2000. T. 2 : De Bel-Air à Belle-Idée : 1950-2000* (p. 147-151). Genève : Georg ; Hôpitaux universitaire de Genève (HUG).

- DAIN, N. (1980). *Clifford W. Beers: Advocate for the Insane*. Pittsburgh : University of Pittsburgh Press.
- DAIN, N. (1994). « Psychiatry and Anti-psychiatry in the United States ». In M. S. Micale et R. Porter, *Discovering the History of Psychiatry* (p. 415-444). New York : Oxford University Press.
- DARDEL, J. de. (2007). *Révolution sexuelle et Mouvement de libération des femmes à Genève (1970-1977)*. Lausanne : Antipodes.
- DE SENARCLENS, J. (2010, mars 18). *Willy Donzé*. Dictionnaire historique de la Suisse. <https://hls-dhs-dss.ch/articles/006264/2010-03-18/>
- DESMONTS, M. (1982). *Torture psychiatrique à Genève*. Lausanne : Éditions d'en bas.
- DISSLER, N. (2019). « Die Aufhebung der kantonalen Versorgungsgesetze : Der vorbildliche Schweizer Rechtsstaat unter Zugzwang ? » In C. Gummy, S. Knecht, L. Maugé, N. Dissler, et N. Gönitzer, *Des lois d'exception ? Légitimation et délégitimation de l'internement administratif/Sondergesetze ? Legitimierung und Deligitimierung der administrativen Versorgung* (Vol. 3, p. 373-424). Neuchâtel : Chronos Verlag ; Éditions Alphil. www.uek-administrative-versorgungen.ch/resources/E-Book_978-3-0340-1513-4_UEK_03.pdf
- DODIER, N. (2003). *Leçons politiques de l'épidémie de sida*. Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- DODIER, N., et Rabeharisoa, V. (2006). « Les transformations croisées du monde "psy" et des discours du social ». *Politix*, 19(73), 9-22.
- DOTTI, F. (2015). *La Remise en question de la psychiatrie : du mouvement de l'anti-psychiatrie aux groupes militants dans le Genève des années 70* [Mémoire de maîtrise universitaire]. Université de Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation.
- DOTTI, F. (2018). « La remise en question du pouvoir psychiatrique à Genève (1960-1980) ». *Gesnerus*, 75, 5-39. <https://doi.org/10.24894/Gesn-fr.2018.75001>
- DOWBIGGIN, I. R. (1993). *La Folie héréditaire : ou comment la psychiatrie française s'est constituée en un corps de savoir et de pouvoir dans la seconde moitié du XIX^e siècle*. Paris : EPEL.
- DROUX, J., ET CZAKA, V. (2016). « Le placement d'enfants dans le débat public en Suisse romande : un scandale à bas bruit (1890-1970) ». In M. Mazbouri et F. Valloiton (Éds.), *Scandale et Histoire* (p. 117-135). Lausanne : Antipodes.
- ELKAÏM, M. (1977a). « Présentation ». In M. Elkaïm (Éd.), *Réseau-alternative à la psychiatrie : collectif international* (p. 7-11). Paris : Union générale d'éditions.
- ELKAÏM, M. (Éd.). (1977b). *Réseau-alternative à la psychiatrie : collectif international*. Paris : Union générale d'éditions.
- ETTER, J.-F., ET BERTSCHY, G. (2008). « Électroconvulsivothérapie : point de vue sur un traitement banni ». *Revue médicale suisse*, 4, 676-679.
- FARGE, A. (2002). « Penser et définir l'événement en histoire : approche des situations et des acteurs sociaux ». *Terrain. Anthropologie & sciences humaines*, 38, 67-78. <https://doi.org/10.4000/terrain.1929>

- FASSIN, D. (2009). « Les économies morales revisitées ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 64^e année(6), 1237-1266.
- FAUVEL, A. (2002). « Le crime de Clermont et la remise en cause des asiles en 1880 ». *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 49(1), 195-216. <https://doi.org/10.3917/rhmc.491.0195>
- FAUVEL, A. (2004). « Aliénistes contre psychiatres : la médecine mentale en crise (1890-1914) ». *Psychologie clinique*, 17, 43-51.
- FAUVEL, A. (2005a). *Témoins aliénés et « bastilles modernes » : une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France, 1800-1914* [Thèse de doctorat]. École des hautes études en sciences sociales.
- FAUVEL, A. (2005b). *Témoins aliénés et « bastilles modernes » : une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France, 1800-1914. T. 3 : annexes* [Thèse de doctorat]. École des hautes études en sciences sociales.
- FAUVEL, A. (2006). « Les mots des sciences de l'homme : psychiatrie ». *Pour l'histoire des sciences de l'homme*, 29, 43-51.
- FAUVEL, A. (2007). « De l'aliénisme à la psychiatrie : triomphes et déboires de la médecine de la folie au XIX^e siècle ». In F. Démiér et C. Barillé (Éds.), *Les Maux et les Soins : médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle* (p. 213-224). Paris : Actions artistiques de la ville de Paris.
- FAUVEL, A. (2008a). « La voix des fous. Hector Malot et les "romans d'asile" ». *Romantisme*, 141(3), 51-64. <https://doi.org/10.3917/rom.141.0051>
- FAUVEL, A. (2008b). « "Par rapport à moi tous les autres hommes sont des singes" : l'internement du baron Seillière (1887-1889) et les témoignages d'aliénés ». In P.-F. Daled (Éd.), *L'Envers de la raison. Autour de Canguilhem* (p. 97-114). Paris : Vrin ; Annales de l'institut de philosophie de l'université de Bruxelles.
- FAUVEL, A. (2013). « Cerveaux fous et sexes faibles (Grande-Bretagne, 1860-1900) ». *Clio. Femmes, genre, histoire*, 37, 41-64. <https://doi.org/10.4000/clio.10972>
- FAUVEL, A. (2015). « Psychiatrie et désobéissance : écrire à l'asile : la France, la Grande-Bretagne et l'exception écossaise (XIX^e siècle) ». In I. Heullant-Donat, E. Luset, et F. Bretschneider (Éds.), *Enfermements II : règles et dérèglements en milieu clos (IV^e-XIX^e siècle)* (p. 393-407). Paris : Éditions de la Sorbonne.
- FAUVEL, A., ET DUPONT, W. (2018). « Gheel, la "ville des fous" : un mythe séculaire, une pratique méconnue (1860-2010) ». In A. Klein, H. Guillemain, et M.-C. Thifault (Éds.), *La Fin de l'asile ? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XX^e siècle* (p. 25-37). Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- FERREIRA, C. (2016). « Faire entendre la voix du patient à l'hôpital psychiatrique ». *Lettre trimestrielle de l'association romande Pro Mente Sana*, 70-71, 1-8.
- FERREIRA, C., MAUGÉ, L., ET MAULINI, S. (2017). « L'assistance contrainte dans le canton du Valais : le rôle de l'hôpital psychiatrique de Malévoz, de l'entre-deux-guerres à 1990 ». *Vallesia*, 62, 363-451.
- FERREIRA, C., MAUGÉ, L., ET MAULINI, S. (2021). *L'Homme-bus : une histoire des controverses psychiatriques (1960-1980)*. Genève : Georg.

- FERRERO, F. (2018, mai 31). *Inquiry of the Geneva 1980s' Psychiatry Crisis: Forced Hospitalization, ECT and Sleep Therapy*. International Network for the History of Neuropsychopharmacology. <https://inhn.org/inhn-projects/controversies/francois-ferrero-inquiry-of-the-geneva-1980s-psychiatry-crisis>
- FERRERO, F. (2022). *Psychiatry and Antipsychiatry: Inquiry into the Geneva 1980s' Psychiatry Crisis*. Córdoba : INHN Publisher.
- FOUCAULT, M. (1976). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Éditions Gallimard.
- FOUCAULT, M. (1994). *Dits et Écrits : 1954-1988* (Vol. 3). Paris : Éditions Gallimard.
- FUSSINGER, C. (2010). « Éléments pour une histoire de la "communauté thérapeutique" au sein de la psychiatrie occidentale de la seconde moitié du 20^e siècle ». *Gesnerus*, 67(2), 217-240.
- FUSSINGER, C. (2011). « "Therapeutic community", psychiatry's reformers and antipsychiatrists: Reconsidering changes in the field of psychiatry after World War II ». *History of Psychiatry*, 22(2), 146-163. <https://doi.org/10.1177/0957154X11399201>
- FUSSINGER, C., et TEVAEARAI, D. (1998). *Lieux de folie, monuments de raison : architecture et psychiatrie en Suisse romande, 1830-1930*. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes.
- GAGNÉ, C. (2006). « L'édition : un commerce d'idées. Propos de Michel Glardon ». In *Luttes au pied de la lettre*. (p. 21-32). Lausanne : Éditions d'en bas.
- GAILLARD, J. M., CONSTANTINIDIS, J., ET TISSOT, R. (1975). « Effect of peripheral decarboxylase inhibition on HVA and 5HIAA in cerebrospinal fluid of depressed patients ». *Neuropsychobiology*, 1(1), 26-31. <https://doi.org/10.1159/000117472>
- GAILLARD, J. M., EISENRING, J. J., ET TISSOT, R. (1973). « Cerebral and peripheral consumption of L-5-HTP in patients with manic, depressive or psychotic syndromes ». *L'Encéphale*, 62(5), 395-407.
- GAILLARD, J. M., ET TISSOT, R. (1979). « Blood-brain movements of tryptophan and tyrosine in manic-depressive illness and schizophrenia ». *Journal of Neural Transmission. Supplementum*, 15, 189-196. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-2243-3_17
- GEISSBUHLER, F., EISENRING, J. J., FRIEDLI, P., BARTHOLINI, G., ET TISSOT, R. (1972). « Cerebral and peripheral L-dopa uptake in patients with parkinsonian, depressive or manic syndromes administered L-dopa by perfusion combined or not with a decarboxylase inhibitor. Pharmacological effects ». *L'Encéphale*, 61(2), 127-148.
- GERMANN, U. (2017). *Medikamentenprüfungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel 1953-1980 : Pilotstudie mit Vorschlägen für das weitere Vorgehen*. Bern : Universität Bern.
- GERMANN, U. (2020). *Pilotstudie mit Empfehlungen im Auftrag des Regierungsrats des Kanton Aargau*. Bern : Universität Bern.
- GERMANN, U. (2022). « Medikamentenversuche in der Deutschschweizer Psychiatrie 1950-1990 : Zum aktuellen Stand der Forschung ». *Revue suisse d'histoire*, 72(1), 75-91. <https://doi.org/10.24894/2296-6013.00098>

- GOFFMAN, E. (1968). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Les Éditions de minuit.
- GOLDSTEIN, J. E. (1997). *Consoler et Classifier : l'essor de la psychiatrie française*. Le Plessis-Robinson : Synthélabo.
- GROB, G. N. (1994). *The Mad Among Us: A History of the Care of America's Mentally Ill*. Cambridge : Harvard University Press.
- GROS, D. (1987). *Dissidents du quotidien : la scène alternative genevoise 1968-1987*. Lausanne : Éditions d'en bas.
- GROS, D. (2004). « Du désir de révolution à la dissidence : constitution de la mouvance alternative genevoise et devenir de ses acteurs ». *Equinoxe : revue romande de sciences humaines*, 24, 31-42.
- GUILLOD, O., et Hänni, C. (2001). « Les droits des personnes en psychiatrie : évaluation juridique ». *Les Cahiers de l'action sociale et de la santé*, 15, 3-64.
- GUMY, C., MAUGÉ, L., DISSLER, N., ET GÖNITZER, N. (2019). *Des lois d'exception ? Légitimation et délégitimation de l'internement administratif = Sondergesetze ? Legitimierung und Delegitimierung der administrativen Versorgung* (Vol. 3). Neuchâtel : Chronos Verlag ; Éditions Alphil. www.uek-administrative-versorgung.ch/resources/E-Book_978-3-0340-1513-4_UEK_03.pdf
- GUMY, C., VERNAY, O., CAMELO, D., HATAM, S., ET LICCHELLI, D. (2023). *Observatoire romand de la contrainte en psychiatrie (ORCEP) : projet pilote*. <https://orcep.promentesana.org/>
- HEIMBERG, C. (2005). « La contestation de l'institution psychiatrique et sa dimension politique : Bel-Air dans l'œil du cyclone (1977-1983) ». *Cahiers d'histoire du mouvement ouvrier*, 21, 187-195. <https://doi.org/10.5169/seals-520402>
- HENCKES, N. (2007). *Le Nouveau monde de la psychiatrie française : les psychiatres, l'État et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970* [Thèse de doctorat]. École des hautes études en sciences sociales. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00769780/document>
- HENCKES, N. (2011). *La Politique du handicap psychique : familles, psychiatres et État face à la chronicité des maladies mentales des années 1960 aux années 1970*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00769756>
- HERVEY, N. (1986). « Advocacy or folly: The Alleged Lunatics' Friend Society, 1845-63 ». *Medical History*, 30(3), 245-275. <https://doi.org/10.1017/S0025727300045701>
- HIMMELBERGER, R. (2003). « Il paraît que la psychiatrie genevoise a encore fait des progrès... (ou la problématique des droits des malades vue par l'autre bout de la lorgnette) ». In A. Brulhart (Éd.), *2 siècles de psychiatrie à Genève : 1800-2000. T. 2 : De Bel-Air à Belle-Idée : 1950-2000* (p. 153-163). Genève : Georg ; Hôpitaux universitaire de Genève (HUG).
- HOCHMANN, J. (2015). *Les Antipsychiatries : une histoire*. Paris : Odile Jacob.
- HOWELLS SPALDING, J. (1985). « La personne humaine et la psychiatrie : coopération entre professionnels et bénévoles en vue d'assurer la protection des droits des patients en psychiatrie ». *Les Cahiers médico-sociaux*, 3, 167-174.

- HUG, P. (2007, juillet 23). *Mouvement antinucléaire*. Dictionnaire historique de la Suisse. <https://hls-dhs-dss.ch/articles/016516/2007-07-23/>
- HUNTER, R., ET MACALPINE, I. (1962). « John Thomas Perceval (1803-1876) patient and reformer ». *Medical History*, 6(4), 391-395.
- ISRAËL, L. (2009). *L'Arme du droit*. Paris : Presses de sciences Po.
- JAEGER, M. (1981). *Le Désordre psychiatrique : des politiques de la santé mentale en France*. Paris : Payot.
- JEANNERET, P. (2010, juin 30). *Adrien Miéville*. Dictionnaire historique de la Suisse. <https://hls-dhs-dss.ch/articles/004936/2010-06-30/>
- KRASSOIEVITCH, M., et TISSOT, R. (1971). « Study of H and T reflexes in parkinsonism. Modification of these reflexes by L-Dopa ». *L'Encéphale*, 60(1), 36-57.
- LACHAT, D. (2019a). *Le Bail à loyer*. Lausanne : Éditions de l'Asloca romande.
- LACHAT, D. (2019b). *Procédure civile en matière de baux et loyers*. Lausanne : Éditions de l'Asloca romande.
- LACHAT, D., ET BRUTSCHIN, S. (2020). « Le bail aux temps du coronavirus ». *La Semaine judiciaire*, 14(5), 111-154.
- LACHAT, D., ET MICHELI, J. (1990). *Le Nouveau droit du bail*. Lausanne : Association suisse des locataires.
- LAING, R. D. (1960). *Le Moi divisé : de la santé mentale à la folie*. Paris : Éditions Stock.
- LAING, R. D. (1967). *La Politique de l'expérience : essai sur l'aliénation ; et l'oiseau de paradis*. Paris : Éditions Stock.
- LAING, R. D. (1978). *Est-ce que tu m'aimes ?* Paris : Éditions Stock.
- LANDRY, M. (1976). *Le Psychiatre au tribunal : le procès de l'expertise psychiatrique en justice pénale*. Toulouse : Éditions Privat.
- LANDRY, M. (2001). *Manuel alphabétique du psychiatrie*. Paris : L'Harmattan.
- LANDRY, M. (2002). *L'État dangereux : un jugement déguisé en diagnostic*. Paris : L'Harmattan.
- LANDRY, M. (2006). *Du déclin de la pensée critique au triomphe de la psychiatrie*. Paris : L'Harmattan.
- LEMIEUX, C. (2007). « À quoi sert l'analyse des controverses ? ». *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, 25(1), 191-212.
- LIEBESKIND SAUTHIER, I. (2014, septembre 29). *Guy Fontanet*. Dictionnaire historique de la Suisse. <https://hls-dhs-dss.ch/articles/006294/2014-09-29/>
- LIENHARD, M. (2023). *Experimentelle Medikamenten-versuche in den psychiatrischen Kliniken des Kantons St. Gallen zwischen 1950-1980 : Pilotstudie im Auftrag des Gesundheitsdepartements des Kantons St. Gallen*. Zürich : Universität Zürich.
- LIENHARD, M. ET CONDRAU, F. (2019). « Psychopharmakologische Versuche an der Psychiatrie Baselland zwischen 1950 und 1975 : Pilotprojekt zur

Aufarbeitung von Medikamententests », *Bulletin des médecins suisses*, 100(25), 863-866.

- MAJERUS, B. (2013). *Parmi les fous : une histoire sociale de la psychiatrie au XX^e siècle*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- MANSER-EGLI, J. (2018). *Klinische Prüfung nicht zugelassener Präparate an der Psychiatrischen Universitätsklinik Waldau zwischen 1950 und 1970* [Dissertation]. Universität Bern, Medizinische Fakultät. <https://doi.org/10.48549/2413>
- MARQUES, A. (2018). « Le travail de la demande : le cas des équipes mobiles de psychiatrie-précarité (EMPP) ». In *Contrainte et consentement en santé mentale : forcer, influencer, coopérer*. (p. 27-38). Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- MARQUES, A., EYRAUD, B., ET VELPRY, L. (2015). « Les enjeux d'une judiciarisation tardive, inévitable et embarrassante ». *L'Information psychiatrique*, 91(6), 471-477.
- MAUGÉ, L. (2019). « L'Adupsy ou la contestation de l'internement psychiatrique à Genève à la fin des années 1970 ». In C. Gumy, S. Knecht, L. Maugé, N. Dissler, et N. Gönitzer, *Des lois d'exception ? Légitimation et délégitimation de l'internement administratif/Sondergesetze ? Legitimierung und Deligitimierung der administrativen Versorgung* (Vol. 3, p. 201-2015). Neuchâtel : Chronos Verlag ; Éditions Alphil.
- MAULINI, S., ET FERREIRA, C. (2019). « Réhabiliter les "éléments dangereux pour la société" ? La politique mémorielle à l'égard des internés administratifs en Suisse ». *Tracés. Revue de sciences humaines*, 37, 91-107. <https://doi.org/10.4000/traces.10039>
- MAZBOURI, M., ET VALLOTTON, F. (Éds.). (2016). *Scandale et Histoire*. Lausanne : Antipodes.
- MCLEAN, A. (2010). « The mental health consumers/survivors movement in the United States ». In T. L. Scheid et T. N. Brown (Éds.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems* (p. 461-477). Cambridge : Cambridge University Press.
- MEIER, M. U., KÖNIG, M., ET TORNAY, M. (2019). *Testfall Münsterlingen : Klinische Versuche in der Psychiatrie, 1940-1980*. Zürich : Chronos.
- MIÉVILLE, C. (1974). « De l'asile au secteur psychiatrique... L'activité du secteur psychiatrique est vaudois ». *La Source*, 11, 233-238.
- MIÉVILLE, C. (1975). « L'expertise psychiatrique en matière pénale ». *Bulletin des médecins suisses*|*Schweizerische*|*Ärztzeitung*|*Bollettino dei medici svizzeri*, 11, 403-406.
- MIÉVILLE, C. (1983). « Le psychiatre, expert dans le cadre d'une procédure pénale : son rôle et son identité ». *Revue médicale de Suisse romande*, 103, 671-678.
- MIÉVILLE, C. (1987). « Responsabilité pénale et expertises psychiatriques ». *Psychiatrie et justice : actes du congrès de Pro Mente Sana les 20 et 21 novembre 1986, à St-Légier (Vaud)*, 45-51.

- MILLER, P. (1986). « Critiques of psychiatry and critical sociologies of madness ». In P. Miller et N. Rose (Éds.), *The Power of Psychiatry* (p. 12-42). Cambridge : Polity Press.
- MISSA, J.-N. (2006). *Naissance de la psychiatrie biologique : histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*. Paris : Presses universitaires de France.
- MONTANDON, C. (1978). « Naissance des relations entre justice et psychiatrie à Genève ». *Gesnerus*, 35(3-4), 242-252. <https://doi.org/10.5169/seals-541291>
- MOREAU, D. (2015). *Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile* [Thèse de doctorat]. École des hautes études en sciences sociales. www.theses.fr/2015EHES0152
- MOREAU, D. (2017). « Limiter la contrainte ? Usages et régulation des usages de la contrainte psychiatrique en Suisse ». *L'Information psychiatrique*, 93(7), 551-557.
- MORRISON, L. J. (2005). *Talking Back to Psychiatry: The Psychiatric Consumer/Survivor/Ex-Patient Movement*. New York : Routledge.
- MUCCHIELLI, L. (2005). *Le Scandale des « tournantes » : dérives médiatiques, contre-enquête sociologique*. Paris : La Découverte.
- MÜLLER, C. (1996). *De l'asile au centre psychosocial : esquisse d'une histoire de la psychiatrie suisse*. Lausanne : Payot.
- NICHOLSON, H. (2003). « Women, madness and spiritualism: introduction to the writings of Louisa Lowe ». In R. Porter, H. Nicholson, et B. Benett (Éds.), *Women, Madness and Spiritualism* (Vol. 1, p. 139-153). London : Routledge.
- OWEN, A. (1989). *The Darkened Room: Women, Power, and Spiritualism in Late Nineteenth Century England*. London : Virago Press.
- PANCHAUD, R. (2018a). *Nant – 75 ans de psychiatrie dissidente*. Corsier-sur-Vevey : Fondation de Nant. <https://doi.org/10.22005/bcu.231132>
- PANCHAUD, R. (2018b). *Pratiques cliniques en psychiatrie et pratiques de gestion, cliniques interstitielles d'une psychiatrie dissidente* [Thèse de doctorat]. Université Jean Moulin (Lyon 3). www.theses.fr/2018LYSE3059
- PARRY-JONES, W. (1981). « The Model of the Geel Lunatic Colony and Its Influence on the Nineteenth-Century Asylum System in Britain ». In A. Scull (Éd.), *Madhouses, Mad-Doctors, and Madmen: The Social History of Psychiatry in the Victorian Era* (p. 201-217). London : The Athlone Press.
- PERRIER, C. V., ASSAL, J. PH., DONATH, A., ET ROUX, J. L. (1975). « Projet de charte d'une commission d'éthique et de coordination de la recherche clinique ». *Médecine et Hygiène*, 33(1141), 459-460.
- PETERS, G. (1997, février 5). GEORGES PETERS [Vidéo]. Association Films Plans-Fixes. www.plansfixes.ch/films/georges-peters/
- PIDOUX, V. (2012). *Cerveaux, sujets et maladies : contribution à une épistémologie historique de l'étude de l'activité cérébrale en psychiatrie* [Thèse de doctorat]. Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques.

- POISSON, J.-L. (1977). « La situation en France ». In M. Elkaïm, *Réseau-alternative à la psychiatrie : collectif international* (p. 266-279). Paris : Union générale d'éditions.
- PORRET, M. (2004). « "Tout va bien" (1972-1983) : l'an 01 du mensuel de contre-information et de lutte ». *Equinoxe : revue romande de sciences humaines*, 24, 43-63.
- QUÉTEL, C. (1982). « Une campagne antipsychiatrique de la Lanterne ». *L'Évolution psychiatrique*, 2, 3 et 4, 607-619 ; 875-884 ; 1101-1110.
- QUÉTEL, C. (2009). *Histoire de la folie : de l'Antiquité à nos jours*. Paris : Tallandier.
- RAY, A. (1981). *Résistances*. Lausanne : Éditions d'en bas.
- REBETEZ, N. (2015). *Pour une psychiatrie déterritorialisée : antipsychiatrie dans l'Arc lémanique (1967-1985)* [Mémoire de maîtrise universitaire]. Université de Fribourg, Faculté des lettres, Département des sciences historiques.
- RHENTER, P. (2010). « La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique ». *Journal français de psychiatrie*, 38(3), 12-15.
- RICHARD, J. (2006). « En bas... Aujourd'hui et demain ». In *Luttes au pied de la lettre*. (p. 9-14). Lausanne : Éditions d'En bas.
- RICHLI, P., ET EVANGELIDES, P. (2018). « Bericht über den Umgang mit Arzneimittelversuchen in der Luzerner Psychiatrie in den Jahren 1950-1980 aus rechtlicher Sicht ». Luzern : Universität Luzern.
- RIETMANN, T., GERMANN, U., ET CONDRAU, F. (2018). « "Wenn Ihr Medikament eine Nummer statt eines Markennamens trägt". Medikamentenversuche in der Zürcher Psychiatrie 1950-1980 ». In B. Gnädinger et V. Rothenbühler (Hrsg.), *Menschen korrigieren : Fürsorgersische Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen im Kanton Zürich bis 1981*. (p. 201-254). Zürich : Chronos.
- RIPA, Y. (2010). *L'Affaire Rouy. Une femme contre l'asile au XIX^e siècle*. Paris : Tallandier.
- ROBERT, O., et Panese, F. (2000). *Dictionnaire des professeurs de l'université de Lausanne dès 1890*. Lausanne : Université de Lausanne.
- ROMANENS-PYTHOUD, S. (2017). *Folie à temps partiel : d'objet de soins à citoyen*. Chêne-Bourg : Médecine & hygiène.
- ROSE, N. (1986). « Law, rights and psychiatry ». In P. Miller et N. Rose, *The Power of Psychiatry* (p. 177-213). Cambridge : Polity Press.
- ROTH, H. (2013, octobre 1^{er}). *Aloys Werner*. Dictionnaire historique de la Suisse. <https://hls-dhs-dss.ch/articles/006842/2013-10-01/>
- SALARIS, C. (2017). « Mobiliser par émotions, mobiliser les émotions ». *Revue française de science politique*, 67(5), 857-878.
- SCHITTAR, L. (1968). « L'idéologie de la communauté thérapeutique ». In F. Basaglia (Éd.), *L'Institution en négation : rapport sur l'hôpital de Gorizia* (p. 141-150). Paris : Éditions du Seuil.

- SCHMIEDEBACH, H.-P. (1996). « Eine "antipsychiatrische Bewegung" um die Jahrhundertwende ». In D. Martin, *Medizinkritische Bewegungen in Deutschen Reich (ca. 1870-1933)* (p. 127-159). Stuttgart : Franz Steiner Verlag.
- SHORTER, E. (1997). *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York : JWiley.
- SHORTER, E. (2009). *Before Prozac: The Troubled History of Mood Disorders in Psychiatry*. Oxford : Oxford University Press.
- SHORTER, E. (2013). *How Everyone Became Depressed: The Rise and Fall of the Nervous Breakdown*. Oxford : Oxford University Press.
- SHORTER, E. (2015). *What Psychiatry Left Out of the DSM-5: Historical Mental Disorders Today*. New York : Routledge.
- SHORTER, E. (2018). *The Madness of Fear: A History of Catatonia*. Oxford : Oxford University Press.
- SHORTER, E. (2022). In Memoriam – Thomas A. Ban, MD FRCP. *Neuropsychopharmacology*, (47), 1428. <https://doi.org/10.1038/s41386-022-01315-3>
- SICARD, M., et PARIZOT, S. (2014). « Interview d'Alain Riesen ». *L'Information psychiatrique*, 90(6), 493-501.
- SPANDLER, H. (2006). « The Mental Patients Union ». In *Asylum to Action: Paddington Day Hospital, Therapeutic Communities and Beyond* (p. 52-67). London ; Philadelphia : Jessica Kingsley Publishers.
- STEINAUER, J. (1982). *Le Fou du Rhône : documents sur la crise psychiatrique genevoise*. Genève : Tout va bien hebdo ; Adupsy.
- STUCKI, V. (2017). « L'émergence des collectifs d'usager·ères en santé mentale en Suisse romande (1970-1980) : une contextualisation ». In S. Romanens-Pythoud, *Folie à temps partiel : d'objets de soins à citoyen* (p. 15-43). Chêne-Bourg : Médecine & Hygiène.
- SWAIN, G. (1977). *Le Sujet de la folie : naissance de la psychiatrie*. Toulouse : Privat.
- TILKIN, F. (1990). *Quand la folie se racontait. Récit et antipsychiatrie*. Amsterdam : Rodopi. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/117576>
- TISSOT, R. (1961). *Monoamines et système nerveux central*. Paris : Doïn.
- TISSOT, R. (1967). « Monoamines and manic-depressive syndromes ». *Schweizer Archiv Fur Neurologie, Neurochirurgie Und Psychiatrie = Archives suisses de neurologie, neurochirurgie et de psychiatrie*, 100(2), 487-498.
- TISSOT, R. (1975). « Hypothetical concept: The physiopathological entity of monoaminergic psychoses ». *L'Encéphale*, 1(4), 289-339.
- TISSOT, R. (1977a). « La recherche en clinique psychiatrique ». *Médecine et Hygiène*, 35, 2598-2599.
- TISSOT, R. (1979). *Introduction à la psychiatrie biologique*. Paris : Masson.
- TORNAY, M. (2015). « La gentille dame Largactil, la méchante dame Geigy : la clinique psychiatrique de Münsterlingen vers 1954 ». In J.-F. Bert et E. Basso

(Dir.) Foucault à Münsterlingen : à l'origine de l'« Histoire de la folie », (p. 57-68). Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

TORNAY, M. (2016). *Zugriffe auf das Ich : psychoaktive Stoffe und Personenkonzepte in der Schweiz, 1945 bis 1980*. Tübingen : Mohr Siebeck.

TUNTIYA, N. (2007). « Free-Air Treatment for Mental Patients: The Deinstitutionalization Debate of the Nineteenth Century ». *Sociological Perspectives*, 50(3), 469-488. <https://doi.org/10.1525/sop.2007.50.3.469>

VELPRY, L. (2008). *Le Quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale*. Paris : Armand Colin.

VELPRY, L. (2016). « "Moderniser" l'enfermement en psychiatrie ? Le cas des unités pour malades difficiles ». *Sociétés contemporaines*, 103(3), 65-90.

VELPRY, L. (2019). « Rencontres avec l'enfermement. Une réflexion sur le soin en psychiatrie ». *Empan*, 114(2), 44-50.

VELPRY, L., VIDAL-NAQUET, P. A., ET EYRAUD, B. (2018). *Contrainte et consentement en santé mentale : forcer, influencer, coopérer*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Vers de nouvelles formes d'accueil et de prise en charge des marginaux. (1983). Genève : Centre de recherche de documentation et d'information sociales de l'hospice général.

VUICHET, E. (1981). *Que sont devenus mes amis ?* Lausanne : Éditions d'en bas.

VUILLE, M. (2015). « L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980 ». *Travail, genre et sociétés*, 34(2), 39-56.

VUILLE, M. (2017). *Médecine, femmes et politique : histoire de doctrines et de pratiques transnationales (XX^e siècle)* [Thèse de doctorat]. Université de Genève, Faculté des sciences de la société.

WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. H., ET JACKSON, D. D. (1972). *Une logique de la communication*. Paris : Éditions Seuil.

WERNER, A. (2002). *Par des chemins insolites... : souvenirs* (2^e éd.). Genève : Éditions Slatkine.

WILSON, S. (2010). *Voices from the Asylum: Four French Women Writers, 1850-1920*. Oxford : Oxford University Press.

Volumes parus dans la collection

Invalité en souffrance

sous la direction de R. Darioli, 1999

Y a-t-il des limites éthiques à la recherche scientifique ?

sous la direction de P. Proelochs et D. Schulthess, 2000

Prescrire la contrainte ?

sous la direction de J. Gasser et B. Yersin, 2000

L'automédication : pratiques banales, motifs complexes

sous la direction de T. Buclin et C. Amon, 2001

La résilience : résister et se construire

sous la direction de M. Manciaux, 2001

Une nouvelle approche de la différence : comment repenser le « handicap » ?

sous la direction de R. de Riedmatten, 2001

Les animaux inférieurs et les plantes ont-ils droit à notre respect ?

A. Arz de Falco et D. Muller, 2002

Voir et agir. Responsabilités des professionnels de la santé en matière de violence à l'égard des Femmes

sous la direction de L. Gillioz, R. Gramoni, C. Margairaz et C. Fry, 2003

Quand la médecine a besoin d'interprètes

sous la direction de P. Guex et P. Singy, 2003

Santé et droits de l'homme. Les malades de l'indifférence, volume 1

sous la direction de Y. Reinharz Hazan et P. Chastonay, 2004

Ethique et responsabilité en médecine

L. Benaroyo, 2006

Santé et droits de l'homme. Les nouvelles insécurités, volume 2
sous la direction de Y. Reinharz Hazan et P. Chastonay, 2006

Clinique de l'exil. Chronique d'une pratique engagée
sous la direction de B. Goguikian Ratcliff et O. Strasser, 2009

*Exercer la pédiatrie en contexte multiculturel. Une approche
complémentariste du rapport institutionnalisé à l'Autre*
Y. R. Leanza, 2011

*Les enjeux de l'apprentissage médical à l'hôpital. Une étude
de cas dans un service d'anesthésie*
M. Bourrier avec la collaboration de S. Coll, 2011

Pour une psychiatrie scientifique et humaniste
sous la direction de P. Guex et J. Gasser, 2011

*Trajectoires de vie dans la grande vieillesse. Rester chez soi
ou s'installer en institution ?*
S. Cavalli, 2012

*Performances et défaillances du sujet âgé. Étude anthropologique
des recherches sur le vieillissement cérébral*
M. Droz Mendelzweig, 2013

*Face au temps qui reste. Usages et symbolique des médicaments
en fin de vie*
R. -A. Foley, 2016

*Police et Psychiatrie. Polyphonie des postures professionnelles
face à la crise psychiatrique*
sous la direction de A. Linder, M. Meyer et K. Skuza, 2016

*Repenser le genre. Une clinique avec les personnes trans**
D. Medico, 2016

Vaccinations. Le mythe du refus
L. Monnais, 2019

Folie et politique. Santé mentale en mutation au Brésil

P. Brum, 2020

Don et transplantation d'organes en Suisse.

Enjeux historiques et sociologiques(1945-2020)

sous la direction de R. Hammer, V. Barras et M. Pascual, 2021

J'ai peur de les oublier. Deuil et accompagnement

chez les adolescents requérants d'asile

J. Sanchis Zozaya, 2021

Trajectoires et transitions. Le vécu quotidien de la maladie chronique

Carla Ribeiro, 2022

*Inégalités de santé. Fondements historiques et enjeux contemporains
de l'épidémiologie sociale*

sous la direction de M. Arminjon, 2023

Les soins palliatifs à travers les humanités médicales.

Au confluent des disciplines, des approches et des pratiques cliniques

sous la direction de M. Tomczyk, M. Bernard et R. Jox, 2023

À visage humain. Art et santé mentale

sous la direction de Francine Saillant, 2024

