

## **GE\_GERICHTE C/26692/2004 vom 11. März 2014**

GE Cour de justice, 2014-03-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_C\\_26692\\_2004](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_C_26692_2004)

FR: GE\_GERICHTE C/26692/2004 du 11 mars 2014

IT: GE\_GERICHTE C/26692/2004 del 11 marzo 2014

### **Regeste**

PLACEMENT À DES FINS D'ASSISTANCE | CC.426

### **Volltext**

Genève Cour de Justice (Cour civile) Chambre de surveillance 08.07.2014 C/26692/2004

PLACEMENT À DES FINS D'ASSISTANCE | CC.426

C/26692/2004 DAS/123/2014 du 08.07.2014 sur DTAE/3031/2014 ( PAE ) , REJETE  
Descripteurs : PLACEMENT À DES FINS D'ASSISTANCE Normes : CC.426 En fait En droit Par ces motifs RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE C/26692/2004-CS DAS/123/2014 DECISION DE LA COUR DE JUSTICE Chambre de surveillance DU MARDI 8 JUILLET 2014 Recours (C/26692/2004-CS) formé en date du 30 juin 2014 par A\_\_\_\_\_, actuellement hospitalisé à la Clinique de Belle-Idée, Unité 1\_\_\_\_\_, comparant en personne. \* \* \* \* \* Décision communiquée par plis recommandés du greffier du 8 juillet 2014 à : - A\_\_\_\_\_ p.a. Clinique de Belle-Idée Unité 1\_\_\_\_\_ Chemin du Petit-Bel-Air 2, 1225 Chêne-Bourg. - TRIBUNAL DE PROTECTION DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT . Pour information : - CLINIQUE DE BELLE-IDEE Chemin du Petit-Bel-Air 2, 1225 Chêne-Bourg. EN FAIT A. a) A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_1974, fait l'objet d'un placement à des fins d'assistance à la Clinique de Belle-Idée sur décision d'un médecin depuis le 26 février 2014. b) Par ordonnance du 11 mars 2014, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (ci-après: le Tribunal de protection) a ordonné l'expertise psychiatrique de A\_\_\_\_\_ aux fins de déterminer si la poursuite de l'hospitalisation du patient s'imposait encore au regard notamment du danger pour son intégrité corporelle en cas de sortie prématurée de la clinique. Il ressort de l'expertise, datée du 17 mars 2014 et réalisée par le Centre universitaire romand de médecine légale, que A\_\_\_\_\_ a été hospitalisé en milieu psychiatrique à vingt-cinq reprises durant ces sept dernières années, pour de courtes durées, en entrée ordinaire, sur sa demande. Selon l'expertise, le cours de la pensée de A\_\_\_\_\_ est fortement perturbé, caractérisé par une accélération des fonctions intellectuelles et une incapacité à maintenir le focus d'attention. Le cours de la pensée est marqué par des idées délirantes à thème persécutoire et avec une adhésion totale aux croyances délirantes. L'expertisé est anosognosique de ses troubles. Il affirmait ne plus présenter actuellement d'idées suicidaires, mais sans pouvoir dire si de retour à son domicile, il pourrait s'engager à ne pas se faire du mal en cas de réapparition d'idées suicidaires. Il affirmait ne pas souhaiter poursuivre un traitement neuroleptique à sa sortie de clinique. Le danger auquel il s'exposerait en cas de sortie prématurée de la clinique serait de type auto-agressif, suite à des idées suicidaires non critiquées avec projet, ainsi qu'un risque hétéro-agressif en relation avec sa symptomatologie psychotique active et son refus de poursuivre le traitement neuroleptique en ambulatoire. Le diagnostic posé est celui de schizophrénie paranoïde. c) Par requête transmise au Tribunal de protection le 25 mars

2014, dans le délai prévu à cet effet par la législation cantonale d'application du Code civil, la Doctoresse B\_\_\_\_\_, a requis la prolongation du placement de A\_\_\_\_\_ à des fins d'assistance. A l'appui de sa requête, elle a expliqué que son patient était connu pour une schizophrénie et était hospitalisé sous placement à des fins d'assistance en raison d'une décompensation psychotique avec un risque auto-agressif. Depuis son hospitalisation, une symptomatologie psychotique caractérisée par des idées délirantes à thématique mystique, de contamination et de culpabilité avait été objectivée et l'intéressé présentait également, en début d'hospitalisation, des idées suicidaires actives. Il acceptait difficilement son traitement médicamenteux, mais un travail de compliance avait été instauré avec lui et, bien qu'une discrète amélioration avait été constatée quant à la symptomatologie, son état restait encore décompensé. Ainsi, dès lors que l'état de A\_\_\_\_\_ n'était pas encore stabilisé, que des idées délirantes au premier plan, des bizarreries du comportement, une tension interne et des idées suicidaires persistaient, une augmentation du traitement était encore nécessaire afin d'arriver à des doses thérapeutiques, aux fins d'obtenir la stabilité clinique suffisante pour organiser sa sortie définitive. d) Lors de l'audience du 1<sup>er</sup> avril 2014 devant le Tribunal de protection, la Doctoresse B\_\_\_\_\_ a persisté dans sa demande de prolongation du placement à des fins d'assistance du 25 mars 2014. Le médecin a relevé que la situation de son patient n'avait pas changé fondamentalement depuis cette dernière date, et qu'une persistance des idées délirantes et des idées suicidaires fluctuantes était observée, de sorte qu'elle estimait que l'intéressé était toujours décompensé. En outre, un risque auto-agressif était toujours présent. Elle a ajouté que les doses de neuroleptique CLOPIN administrées n'avaient pas encore atteint un stade thérapeutique et que l'intéressé se plaignait d'effets secondaires, notamment de problèmes d'incontinence urinaire et de vertiges, lesquels n'avaient pas été objectivés. Ce patient avait toujours eu des difficultés à accepter son traitement médicamenteux dans la durée et au cours des différentes hospitalisations, toutes les possibilités de traitement avaient été passées en revue. Néanmoins, après quelques jours de traitement, l'intéressé se plaignait systématiquement d'effets secondaires et développait une attitude de refus. Un traitement avec un autre neuroleptique, l'ABILIFY, avait d'ailleurs été tenté et avait abouti à un échec. A cet égard, le médecin a estimé que cette molécule n'était pas la plus appropriée pour son patient. A\_\_\_\_\_ s'est opposé à la prolongation de son hospitalisation. Il a expliqué qu'il n'avait plus de volonté suicidaire, et que son père était prêt à l'accueillir chez lui et à lui administrer son médicament. Il a également admis que depuis seize à dix-huit mois, il avait traversé de très nombreuses décompensations, mais qu'en principe, après une période d'hospitalisation de huit jours en milieu psychiatrique, il lui avait toujours été possible de retrouver la vie civile dans de bonnes conditions. Quant à son actuelle hospitalisation, il estimait qu'elle n'avait que des effets négatifs sur lui, notamment sur le plan physique, en raison des effets secondaires du traitement médicamenteux, lequel ne lui apportait, à son sens, aucun bénéfice. Il n'accepterait qu'un traitement d'ABILIFY, du fait qu'il induisait peu d'effets secondaires et n'était pas contenu dans un emballage qui amalgame le plastique et l'aluminium. Il a indiqué que s'il devait sortir, il ne prendrait pas un traitement de CLOPIN, mais éventuellement un autre médicament. Il a également préconisé des hospitalisations sans médication, dans la mesure où une simple psychothérapie lui avait permis, quand il était plus jeune, de retrouver confiance en lui. Enfin, il a relaté que lorsqu'il se rendait au Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrés (CAPPI), il avait des entretiens avec l'infirmier et le psychiatre, qu'il considérait comme des participants à sa psychothérapie même s'il ne s'agissait pas vraiment d'une telle prise en charge. e) Par ordonnance du 1<sup>er</sup> avril 2014, le

Tribunal de protection a rejeté la demande de prolongation à des fins d'assistance de A\_\_\_\_\_, et a constaté que ledit placement prendrait fin au plus tard le 6 avril 2014, moyennant la mise en place d'un suivi thérapeutique. f) Sur requête du 3 avril 2014, le Professeur C\_\_\_\_\_, médecin\_\_\_\_\_, le Docteur D\_\_\_\_\_, médecin adjoint, la Doctresse B\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, et l'infirmier référent E\_\_\_\_\_ ont sollicité la reconsidération, par le Tribunal de protection, de sa décision du 1 er avril 2014. Ils ont fait valoir que A\_\_\_\_\_présentait actuellement un risque suicidaire en lien avec des idées délirantes de culpabilité, de contamination et de ruine, un passage à l'acte suicidaire étant à craindre, ce d'autant plus que le patient n'était pas en mesure de critiquer ses idées, de sorte qu'il leur semblait inenvisageable, en l'état, que A\_\_\_\_\_ sorte de la Clinique de Belle-Idée. Celui-ci leur aurait spécifié vouloir arrêter les traitements dès sa sortie, ce qui ne serait pas sans avoir des conséquences sur son état clinique déjà fragile et non encore stabilisé. Le projet suicidaire de ce patient devenait de plus en plus réfléchi et construit, son sentiment de désespoir augmentant progressivement. Son hospitalisation avait pour objectif de mettre un traitement en place et de travailler sur sa compliance au traitement une fois son état psychique stabilisé. Or, du fait que l'intéressé restait encore décompensé, il était impératif qu'il prenne un traitement médicamenteux propre à le stabiliser, avant de prévoir un suivi thérapeutique par la suite. Quant à un suivi ambulatoire, les médecins ont rappelé que A\_\_\_\_\_ était suivi par le CAPPI des Eaux-Vives et n'avait jamais accepté un traitement médicamenteux de manière suffisamment régulière pour pouvoir bénéficier des effets positifs et que les différents programmes ambulatoires tentés dans le but d'améliorer sa compliance s'étaient soldés par des échecs. De plus, leur patient ne disposait pas du réseau social suffisamment soutenant dont il aurait besoin en cas de sortie, dans la mesure où celui-ci vivait avec son père, lequel présentait également, à l'heure actuelle, des troubles psychiques et que, dans ce contexte, un risque suicidaire à l'extérieur était plus élevé encore. Les hospitalisations précédentes n'avaient duré que quelques jours car l'état de ce patient le lui permettait alors. Néanmoins, à leur sens, le tableau clinique actuel ne lui permettait pas de rester à l'extérieur, en raison du risque suicidaire de leur patient qui restait délirant tout au long de la journée. g) Par ordonnance du 4 avril 2014, le Tribunal de protection a reconsidéré sa décision du 1 er avril 2014 et a prolongé la mesure de placement à des fins d'assistance en faveur de A\_\_\_\_\_ et maintenu son exécution à la Clinique de Belle-Idée, précisant encore que le traitement neuroleptique de CLOPIN apparaissait en l'état comme étant le plus adapté pour juguler le risque suicidaire présenté par l'intéressé. B. a) Le 16 juin 2014, A\_\_\_\_\_ a adressé au Tribunal de protection une requête en " sortie définitive ", " en raison de [sa] stabilité de [son] état de santé en rémission ". Lors de l'audience qui s'est tenue le 24 juin 2014 devant le Tribunal de protection, A\_\_\_\_\_ a maintenu sa demande de levée de la mesure de placement, estimant qu'après quatre mois d'hospitalisation, il était prêt à sortir et que le seul problème subsistant était la persistance des effets secondaires du traitement de CLOPIN, qu'il estimait importants. Il a expliqué qu'à sa sortie, il retournerait vivre chez son père et reprendrait son suivi au CAPPI, sauf s'ils devaient refuser de lui donner son ancien traitement d'ABILIFY; dans ce cas, il irait consulter un médecin en cabinet. Il estimait ne plus être décompensé, ni hanté par ses idées délirantes, ne se troublant que lorsqu'il les relatait. Il attribuait l'amélioration de son état à son hospitalisation, soit à un séjour au calme lui permettant de récupérer et à la psychothérapie, et non pas aux traitements médicamenteux. Ceux-ci n'étaient, selon lui, pas efficaces, puisqu'après environ deux mois d'hospitalisation, il avait fait deux tentatives de suicide à la Clinique de Belle-Idée. Il a indiqué que cette dernière hospitalisation avait suivi la

décompensation psychotique la plus grave qu'il ait jamais vécue. Cela le motivait d'ailleurs pour accepter un suivi régulier par le CAPPI, à condition qu'il puisse reprendre son ancien traitement. b) La Doctoresse B\_\_\_\_\_ a indiqué, lors de la même audience, ne pas appuyer la demande de levée de la mesure de son patient, émettant de très sérieuses craintes qu'il ne décompense gravement et de façon très rapide, entraînant un important risque suicidaire, soulignant que l'intéressé persistait à déclarer qu'il cesserait de prendre son traitement dès sa sortie. Elle a rappelé que plusieurs traitements avec des neuroleptiques différents avaient été tentés, mais sans succès, de même qu'un suivi par le CAPPI immédiatement après la sortie d'une précédente hospitalisation, mais qu'après deux jours seulement, le patient ne s'était plus rendu aux consultations et avait interrompu la prise régulière de sa médication. Il avait dû être rapidement réhospitalisé en raison d'une nouvelle décompensation. De plus, les effets secondaires dont se plaignait son patient n'avaient pas été objectivés, hormis une faible incontinence urinaire pendant une courte période au début de l'instauration du traitement actuel. Enfin, elle préconisait un séjour intermédiaire dans une autre unité consacrée aux hospitalisations de longue durée afin de pouvoir rechercher une solution plus encadrante pour ce patient dont l'état, au plan de sa psychose, se péjorait, ce qui était bien connu pour ce type d'affection. Il devait désormais prendre très régulièrement son traitement médicamenteux. Compte tenu des échecs antérieurs, l'obtention de la compliance du patient auxdits traitements et l'instauration d'un suivi suffisant nécessitaient beaucoup plus de temps. c) Par ordonnance du 24 juin 2014, le Tribunal de protection a rejeté la requête de A\_\_\_\_\_. Il a considéré que les conditions du placement à des fins d'assistance étaient toujours réalisées, le risque d'une nouvelle et rapide décompensation psychotique, entraînant un risque suicidaire majeur, ne pouvant, en l'état, être écarté d'une autre manière que par une hospitalisation en milieu psychiatrique et les thérapies qui y sont dispensées. La levée de la mesure de placement à des fins d'assistance était prématurée et la requête de A\_\_\_\_\_ devait, par conséquent, être rejetée. d) Selon un courrier du 27 juin 2014 adressé par la Doctoresse B\_\_\_\_\_ au Tribunal de protection, l'état psychique de A\_\_\_\_\_ était stabilisé sous l'effet de son traitement et il n'existait plus de risque auto ou hétéro-agressif. Elle lui transmettait donc la demande de A\_\_\_\_\_ de pouvoir bénéficier de deux heures de congé, deux jours par semaine, au mois de juillet, congés dont il avait déjà bénéficié en juin et qui s'étaient déroulés favorablement. Le Tribunal de protection a accepté cette demande le 30 juin 2014. C. a) Par courrier adressé à la Cour le 28 juin 2014, A\_\_\_\_\_ a formé recours contre l'ordonnance du 24 juin 2014. Il a notamment invoqué que le médicament qui lui était prescrit (CLOPIN) avait des effets secondaires intolérables et que son état de santé était stable depuis environ deux mois. b) Lors de l'audience qui s'est tenue le 4 juillet 2014 devant le juge délégué de la Chambre de surveillance, A\_\_\_\_\_ a déclaré que, contrairement à ce qui ressortait du procès-verbal de l'audience du 24 juin 2014, il reprendrait à sa sortie régulièrement son traitement à l'ABILIFY, lequel lui avait permis de ne pas être hospitalisé pendant quatre ans. L'ordonnance indiquait en outre de manière erronée que le traitement de CLOPIN entraînait des effets secondaires non objectivés. Ceux-ci se produisaient en réalité la nuit et ils n'avaient dès lors pas pu être constatés. Ils consistaient en des incontinenances urinaires et fécales, ainsi que des problèmes dus à une production de salive trop importante, qui passait dans ses poumons et l'empêchait de respirer. Il n'avait plus d'idées suicidaires. S'il sortait, il irait chez son père et suivrait un traitement d'ABILIFY. Egalement entendue à cette occasion, la Doctoresse B\_\_\_\_\_ a expliqué qu'elle préconisait le maintien de la mesure de placement. A\_\_\_\_\_ présentait des idées délirantes, un sentiment de culpabilité et un risque auto-agressif lorsqu'il se trouvait à

l'extérieur. Le placement de A\_\_\_\_\_ devait permettre de mettre en place un projet à l'extérieur, dans un foyer. Si la mesure était levée, A\_\_\_\_\_ cesserait de prendre son traitement de CLOPIN, lequel était celui qui lui convenait le mieux, même s'il entraînait des effets secondaires légers, et ses idées délirantes reviendraient; le traitement ABILIFY n'était pas indiqué dans son cas. Le traitement actuellement suivi était efficace et le patient présentait une certaine stabilité, raison pour laquelle il devait être poursuivi en milieu hospitalier pour éviter une rechute. A\_\_\_\_\_ se trouvait actuellement dans une unité de crise, mais le but était qu'il passe dans une unité de réhabilitation.

EN DROIT 1. Les décisions de l'autorité de protection de l'adulte peuvent faire l'objet d'un recours devant le juge compétent (art. 450 al. 1 CC). Dans le domaine du placement à des fins d'assistance, le délai de recours est de dix jours à compter de la notification de la décision entreprise (art. 450b al. 2 CC). Le recours formé contre une décision prise dans le domaine du placement à des fins d'assistance ne doit pas être motivé (art. 450e al. 1 CC). En l'espèce, le recours a été formé dans le délai utile de dix jours et devant l'autorité compétente (art. 72 al. 1 LaCC). Il est donc recevable à la forme.

2. Le recourant conteste la mesure de placement à des fins d'assistance dont il fait l'objet. Il fait valoir qu'il pourrait suivre un traitement à l'extérieur.

2.1 Aux termes de l'art. 426 CC, une personne peut être placée dans une institution appropriée lorsque, en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent lui être fournis d'une autre manière (al. 1). La personne concernée est libérée dès que les conditions du placement ne sont plus remplies (al. 3). La personne concernée ou l'un de ses proches peut demander sa libération en tout temps; la décision doit être prise sans délai (al. 4). La loi exige la réalisation de trois conditions cumulatives, à savoir une cause de placement (troubles psychiques, déficience mentale ou grave état d'abandon), un besoin d'assistance ou de traitement ne pouvant lui être fourni autrement et l'existence d'une institution appropriée permettant de satisfaire les besoins d'assistance de la personne placée ou de lui apporter le traitement nécessaire (Meier/Lukic, Introduction au nouveau droit de la protection de l'adulte, 2011, p. 302, n. 666). Dans sa décision de placement à des fins d'assistance, le juge doit exposer tout d'abord sur la base de quels éléments de fait le tribunal a retenu l'existence d'un état de faiblesse (" Schwächezustand ") au sens de l'art. 426 al. 1 CC, à savoir un trouble psychique, une déficience mentale ou un grave état d'abandon (ATF 140 III 101 consid. 6.2.3). La décision de l'autorité doit en outre indiquer, en fait, quel danger concret pour la vie ou la santé de l'intéressé subsisterait, dans le cas d'espèce, si le traitement ou l'assistance n'était pas mis en œuvre. Le risque de danger pour les tiers peut également être pris en compte (art. 426 al. 2 CC). Ensuite, l'autorité doit déterminer sur la base de ces faits si, d'un point de vue juridique, une assistance ou un traitement est "nécessaire" au sens de l'art. 426 al. 1 CC, et pourquoi tel serait le cas (ATF 140 III 101 consid. 6.2.3). Lorsqu'elle arrive à la conclusion que le traitement, respectivement l'assistance, est nécessaire, l'autorité doit exposer les faits sur la base desquels elle considère que le placement (ou le maintien en institution) est conforme au principe de la proportionnalité, c'est-à-dire pour quels motifs une assistance ou un traitement ambulatoire n'est pas envisageable (par exemple, parce qu'il est impossible de faire administrer le traitement par des proches de l'intéressé, ou parce que l'intéressé n'a pas conscience de sa maladie et de son besoin de traitement; ATF 140 III 101 consid. 6.2.3). Enfin, l'autorité doit expliquer pour quelles raisons elle considère l'institution proposée comme "appropriée" (geeignet ; idoneo ; ATF 140 III 101 consid. 6.2.3).

2.2 En l'espèce, il ressort de l'expertise du 17 mars 2014 que le recourant présente des symptômes de schizophrénie paranoïde. La doctoresse qui le suit a en outre expliqué que ce dernier

présente des idées délirantes envahissantes, un sentiment de culpabilité et un risque auto-agressif. Dès lors que le recourant présente un risque suicidaire, des mesures de protection doivent être prises afin d'éviter que ce risque ne se réalise. L'état du recourant est, certes, actuellement stabilisé, mais cela résulte du suivi thérapeutique dont il bénéficie en milieu hospitalier. Le recourant, qui n'allègue pas qu'il pourrait s'abstenir de suivre un traitement s'il sortait, explique toutefois qu'il prendrait un autre médicament que celui qu'il prend actuellement. Or, selon la Doctoresse B\_\_\_\_\_, celui-ci n'est pas indiqué dans son cas. Il y a dès lors un risque que si la mesure est levée, le recourant cesse de prendre le traitement qui, même s'il peut entraîner des effets secondaires, est néanmoins considéré comme le plus adéquat et que son état, actuellement stabilisé, se détériore. Un traitement ambulatoire est en outre exclu dans la mesure où il ressort de la procédure que le recourant n'a jamais accepté un traitement médicamenteux de manière suffisamment régulière pour pouvoir bénéficier des effets positifs qui en résultent et que les différents programmes ambulatoires tentés dans le but d'améliorer sa compliance se sont soldés par des échecs. Enfin, le placement dans un milieu hospitalier permettra de s'assurer que le recourant suive son traitement. Il doit se dérouler d'abord dans une unité de crise puis, à terme, dans une unité de réhabilitation. Il s'inscrit ainsi dans le cadre d'un traitement qui doit amener le recourant à sortir du milieu hospitalier. Ainsi, au vu des considérations qui précèdent, il doit être considéré que les conditions posées par l'art. 426 CC sont réunies. Le recours, infondé, sera dès lors rejeté. 3. La procédure est gratuite (art. 22 al. 4 LaCC). 4. La présente décision est susceptible d'un recours en matière civile au Tribunal fédéral (art. 72 al. 2 let. b ch. 6 LTF). \* \* \* \* \* PAR CES MOTIFS, La Chambre de surveillance : A la forme : Déclare recevable le recours formé par A\_\_\_\_\_ contre l'ordonnance DTAE/3031/2014 rendue par le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant le 24 juin 2014 dans la cause C/26692/2004-5. Au fond : Rejette ce recours. Déboute A\_\_\_\_\_ de toutes autres conclusions. Dit que la procédure est gratuite. Siégeant : Monsieur Laurent RIEBEN, président; Monsieur Jean-Marc STRUBIN et Madame Paola CAMPOMAGNANI, juges; Madame Carmen FRAGA, greffière. Indication des voies de recours : Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), la présente décision peut être portée dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile. Le recours doit être adressé au Tribunal fédéral - 1000 Lausanne 14.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.