

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1173/2007-DES

ATA/487/2007

ARRÊT

DU TRIBUNAL ADMINISTRATIF

du 2 octobre 2007

dans la cause

Monsieur F_____

représenté par Me Jean-Pierre Garbade, avocat

contre

**COMMISSION DE SURVEILLANCE DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ ET
DES DROITS DES PATIENTS**

EN FAIT

1. Monsieur F_____, né en 1973, est domicilié à Genève.
2. Le 14 septembre 2006, le tuteur provisoire de M. F_____ a requis le placement en urgence de ce dernier à la clinique psychiatrique de Belle-Idée (ci-après : Belle-Idée).
3. Par ordonnance du 18 octobre 2006, le Tribunal tutélaire a prononcé l'interdiction de M. F_____. En application de l'article 397a du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CCS - RS 210), cette même autorité a ordonné le placement de l'intéressé à Belle-Idée à des fins d'assistance dans l'attente d'un possible placement non volontaire dans un établissement spécialisé dans le traitement des toxicodépendances.
4. Le 30 octobre 2006, M. F_____ a recouru contre la décision du Tribunal tutélaire auprès de l'autorité de surveillance des tutelles. Par décision du 13 novembre 2006, cette dernière a ordonné le placement de l'intéressé à des fins d'assistance au foyer " _____ " dans le canton du Valais, pour une durée minimale d'un mois.
5. Le 15 janvier 2007, M. F_____ a été réadmis à Belle-Idée, et à plusieurs reprises placé en chambre fermée (ou sécurisée). Selon les pièces du dossier, l'un de ces placements a été ordonné le 14 février 2007, au retour d'une fugue de l'intéressé, au motif d'un risque majeur de violence envers lui-même et autrui.
6. Le 26 février 2007, M. F_____ a saisi le Tribunal tutélaire d'une demande de mise en liberté, refusée le 2 mars 2007.

L'état de l'intéressé ne nécessitait pas de soins psychiatriques urgents mais il existait un risque important de rechute dans la toxicomanie, en dépit d'un traitement à base de méthadone. Son curateur devait rendre un rapport le 28 mars 2007 sur les démarches effectuées pour trouver une place dans un établissement spécialisé dans le traitement des toxicodépendances.
7. Le 6 mars 2007, M. F_____ a été mis en chambre fermée en raison d'une consommation de toxiques, d'un risque de fugue, ainsi qu'en prévention d'un danger élevé d'actes homoagressifs. A cette même date, l'intéressé a signé une feuille intitulée "recours contre une mesure de contrainte".
8. Le 8 mars 2007, la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (ci-après : la commission de surveillance ou la CSPS) a entendu l'intéressé et son médecin traitant, le Dr Muscionico, chef de clinique à Belle-Idée. La mesure précitée a été levée au profit d'un régime pavillonnaire

strict. Le patient ne pouvait pas quitter l'unité. Sa permission de sortie temporaire du 13 mars 2007 était supprimée.

9. Le 15 mars 2007, M. F_____ a recouru auprès de la commission de surveillance contre :

- La décision du Dr Antoine Robert, médecin interne de psychiatrie adulte, et de tout autre membre du personnel de Belle-Idée prise entre les 3 et 6 mars 2007 ordonnant son placement en chambre sécurisée, vidée de ses meubles. Il avait été privé de ses habits, de son téléphone portable et de son tourne-disque. Il lui était interdit de fumer. Une Bible était à sa disposition ;

- La décision du Dr Dino Constantinidis et de tout autre membre du personnel de Belle-Idée, prise le 9 mars 2007, le privant du congé prévu pour le 13 mars 2007 entre 10h et 18h. Cette décision était accompagnée de menace de séjours répétés en chambre fermée si le patient refusait de se rendre au foyer Saint-André à la Côte-aux-Fées ;

- La décision des membres du personnel de Belle-Idée prise le 9 mars 2007 dans la soirée de le placer en régime pavillonnaire strict, l'accès à la cafétéria lui étant interdit ;

- La décision de l'infirmier de le priver de son argent journalier de CHF 10.-. L'argent de poche lui a été restitué le 12 mars 2007 ;

- L'omission de lui remettre des informations écrites sur les conditions du séjour à Belle-Idée, notamment les comportements pouvant motiver des sanctions et leur régime, ainsi que les voies de recours contre les mesures disciplinaires prises.

10. Le 16 mars 2007, la commission de surveillance a accusé réception du recours.

La compétence pour se prononcer sur la levée et l'interdiction des mesures de contrainte relevait d'une délégation de la commission de surveillance (art. 7 al. 1 let. f et art. 23 al. 1 de la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 7 avril 2006 - loi sur la CSPPS - K 3 03). M. F_____ serait auditionné le 19 mars 2007 à Belle-Idée. La licéité des autres restrictions, objets du recours, serait examinée par le bureau de la commission de surveillance (art. 10 al. 2 de la loi sur la CSPPS).

11. Par télécopie du 19 mars 2007, la délégation a rejeté le recours, après avoir entendu le recourant, le Dr Muscionico, et pris connaissance du dossier médical.

La mise en chambre sécurisée constituait une mesure de contrainte au sens des articles 50 et 51 de la loi sur la santé du 7 avril 2006 (LS - K 1 03). Elle ne

pouvait être ordonnée que si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle avaient échoué ou n'existaient pas et si le comportement du patient présentait un danger grave pour sa sécurité ou sa santé ainsi que pour celle d'autrui. Une telle mesure ordonnée à titre disciplinaire était prohibée.

Le placement de l'intéressé en chambre fermée n'avait pas un but punitif. Les mesures de contrainte avaient été ordonnées soit en raison d'un comportement agressif ou menaçant pouvant mettre en danger des autres patients, soit à la suite d'alcoolisations lors de fugues, qui mettaient en péril l'intéressé. Le retrait des meubles et des objets présents dans sa chambre ainsi que l'interdiction de fumer découlaient des directives des Hôpitaux Universitaires Genevois (ci-après : HUG) relatives à l'utilisation des chambres fermées au sein du département de psychiatrie (ci-après : les directives).

Le placement en régime pavillonnaire strict n'était pas une mesure de contrainte. Il visait à assurer la bonne exécution de la mesure à laquelle M. F_____ était soumis.

Les demandes de sorties temporaires faisaient l'objet des articles 13 et 20 de la loi concernant la privation de liberté à des fins d'assistance du 7 avril 2006 (K 1 24).

Enfin, les autres faits mentionnés dans le recours avaient été communiqués au bureau de la commission de surveillance qui se déterminerait à leur sujet.

12. Par acte du 23 mars 2007, M. F_____ a recouru contre la décision précitée auprès du Tribunal administratif.

Préalablement, il requiert l'apport des directives. Principalement, il conclut d'une part, à l'annulation de la décision litigieuse et d'autre part, à la constatation du caractère illicite des mesures de mise en chambre fermée, en régime pavillonnaire strict et en privation du congé prévu pour le 13 mars 2007. Subsidiairement, il sollicite le renvoi de la cause à la commission de surveillance pour complément d'enquête et nouvelle décision.

Il avait un intérêt digne de protection à recourir. Cet intérêt devait être considéré comme étant actuel, car les atteintes alléguées étaient susceptibles de se reproduire à l'avenir sans pouvoir être soumises à temps au contrôle d'une autorité judiciaire.

A teneur des articles 7 alinéa 1 lettre f et 23 alinéa 1 de la loi sur la CSPS, seuls trois membres devaient instruire le dossier, dont un psychiatre, un juriste et un membre d'une organisation se vouant statutairement à la défense des droits des patients. En l'espèce, la délégation comportait un deuxième psychiatre. Selon l'article 22 du règlement concernant la constitution et le fonctionnement de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients

du 22 août 2006 (ci-après : le règlement de la CSPS - K 3 03.01), en cas d'égalité des votes une voix prépondérante était accordée au psychiatre. Par conséquent, au vu de la composition irrégulière de la délégation, on pouvait s'imaginer qu'en cas de désaccord entre ses membres, la décision n'avait pu être rendue que grâce à la voix prépondérante de l'un des deux psychiatres.

Par ailleurs, la commission de surveillance ne s'était pas prononcée sur un certain nombre de griefs.

Les motifs invoqués par les médecins pour justifier la mise en chambre sécurisée de M. F_____ en date du 6 mars 2007 étaient faux, arbitraires et insuffisamment motivés. Le chef de clinique entendu lors de l'audition du 19 mars 2007 par la commission de surveillance n'était pas le médecin qui avait pris la mesure litigieuse et n'avait eu qu'une connaissance indirecte des faits reprochés.

La décision de la commission de surveillance évoquait la mise en chambre sécurisée lors de comportement agressif ou de prise d'alcool. Le recours portait sur la mise en chambre sécurisée du 6 mars 2007 et non sur celles antérieures à cette date. Or cette mesure n'avait pas été ordonnée suite à un comportement agressif mais pour punir le recourant qui avait fugué de l'établissement.

Enfin, l'article 50 LS était violé.

L'absorption d'alcool et de toxiques lors des fugues du recourant ne pouvait justifier une mise en chambre sécurisée dès lors que durant son séjour à Belle-Idée il n'avait absorbé aucune substance interdite.

Une mesure moins incisive, notamment celle du régime pavillonnaire strict, n'avait pas été ordonnée avant la mise en chambre sécurisée.

Les directives n'étaient pas une base légale suffisante pour des atteintes à la liberté qui dépassaient le cadre nécessaire de la mise en œuvre de la privation de liberté à des fins d'assistance du recourant et ne permettaient pas d'établir que les mesures litigieuses respectaient le principe de proportionnalité.

Le régime pavillonnaire strict était une mesure de contrainte soumise aux conditions de l'article 50 LS. Il appartenait à la commission de surveillance de statuer selon l'article 7 alinéa 1 lettre f de la loi sur la CSPS. Par ailleurs, cette mesure ne reposait sur aucune autre base légale.

Le refus de la sortie temporaire du 10 mars 2007, pourtant autorisée en accord avec le Tribunal tutélaire, était une mesure de contrainte au sens de l'article 50 LS, dont les conditions n'étaient pas remplies. Si ce refus reposait sur une autre base légale, il demeurerait arbitraire car il n'était pas motivé par un comportement dangereux du recourant. Dans l'hypothèse où il ne s'agirait pas d'une mesure de contrainte, la délégation n'avait pas la compétence de décider seule s'il appartenait

à la commission de surveillance toute entière de statuer sur les griefs soulevés par le recourant.

En dernier lieu, son droit d'être entendu avait été violé s'agissant de son placement en pavillon strict et du refus de la sortie temporaire, ordonnés sans audition de l'intéressé.

13. Le 26 mars 2007, la commission de surveillance a indiqué que M. F_____ avait été transféré dans un autre pavillon le 23 mars 2007 et qu'il n'était plus en chambre fermée. Il disposait de deux sorties de trente minutes par jour, dans le domaine de Belle-Idée, accompagnées.

14. Une audience de comparution personnelle des parties et d'enquêtes s'est tenue le 29 mars 2007.

a. Selon la représentante de la commission de surveillance, le document daté du 6 mars 2007 était "une demande de levée de mesure de contrainte" et non "un recours contre une mesure de contrainte".

Le dossier avait été confié à une sous-commission du bureau qui n'avait pas encore statué.

La mesure de contrainte dont M. F_____ avait fait l'objet le 6 mars 2007 avait été signée par le Dr Muscionico.

b. M. C_____, membre de la délégation, a confirmé que cette dernière avait siégé à quatre personnes, dont deux psychiatres. Il n'en était résulté aucun préjudice pour M. F_____. Par ailleurs, les quatre membres avaient été présents lors de son audition.

Pour la durée de la mise en isolation, la Bible avait été remise à M. F_____ à sa demande.

c. M. F_____ a confirmé son recours. Il souhaitait entrer à la clinique Belmont afin de trouver ultérieurement un logement adéquat. Il souffrait de schizophrénie et séjournait à la date de l'audience au pavillon des "Lilas" à Belle-Idée.

Suite à des reproches du personnel soignant fait à son encontre, il avait fugué. A son retour, il présentait un taux d'alcool dans le sang de 0,2 gr ‰ et avait été mis en chambre sécurisée pendant trente six heures avec comme seul objet autorisé un livre, en l'occurrence une Bible selon son souhait. Les raisons invoquées pour justifier cette mesure étaient le fait qu'il avait parlé aux autres patients de sujets strictement personnels, qu'il les avait dérangés et qu'il avait fumé une cigarette dans les toilettes pendant la nuit. Ce n'était qu'en deuxième lieu que le médecin avait fait allusion à la fugue. A sa sortie de la chambre sécurisée,

l'accès à la cafétéria lui avait été interdit et il avait été soumis au régime pavillonnaire strict. En outre, l'autorisation de sortie prévue le 10 mars 2007 afin de rendre visite à sa mère lui avait été retirée au motif qu'il avait eu une attitude désagréable avec les autres pensionnaires du pavillon.

Depuis lors, il pouvait se rendre chaque jour à la cafétéria deux fois une demi-heure, en étant accompagné. Il n'avait, à la date de l'audience, pas d'autorisation pour rencontrer sa mère chez elle le week-end qui suivait. Il souhaitait avoir des autorisations de sortie pour aller la voir ainsi que pour se promener en ville l'après-midi.

Le recourant contestait toute attitude irrespectueuse envers les patients et le personnel soignant. Il n'avait jamais agi de la manière qui lui était reprochée. Il reconnaissait qu'il avait critiqué la discipline extrêmement dure qui régnait au pavillon. Il avait exprimé son mécontentement lors d'une rencontre hebdomadaire entre les patients et le personnel soignant. Il était mis en chambre fermée dès qu'un reproche lui était fait.

Le recourant a confirmé que c'était en grande partie grâce à la privation de liberté à des fins d'assistance dont il faisait l'objet qu'il ne consommait plus de produits toxiques. Il souhaitait ardemment être soigné.

d. Le Dr Robert a indiqué être délié du secret de fonction mais non du secret médical. Il n'avait jamais été le médecin traitant de M. F_____. Ce n'était pas lui qui avait pris la décision de supprimer la visite du recourant chez sa mère.

Une chambre sécurisée n'avait aucun meuble afin de garantir la sécurité du patient. Lorsque le patient s'y trouvait, le médecin effectuait une visite journalière. Cette mesure était prise en accord entre le médecin et le chef de clinique. Le premier en informait personnellement le patient.

Dans le cas de M. F_____, une directive du chef de clinique, en l'occurrence le Dr Muscionico, prévoyait une mise en chambre sécurisée immédiate en cas de fugue. Une telle mesure était également prise lorsque le patient adoptait une attitude négative, qui consistait en particulier en paroles dénigrantes envers les infirmiers et les autres pensionnaires. Le fait que le recourant avait bu de l'alcool lors de sa fugue n'avait pas été pris en compte dans la décision litigieuse.

Il ne se souvenait pas quel médecin était présent lors du retour de M. F_____ le 6 mars 2007 et qui avait décidé de la mesure. Néanmoins, il ne lui semblait pas qu'il était nécessaire de le mettre en chambre sécurisée.

M. F_____ enfreignait systématiquement les règles, qui consistaient notamment à ne pas fumer dans l'enceinte du pavillon. Par ailleurs, il instiguait les

autres patients à ne pas prendre leurs médicaments ou à ne pas suivre les consignes médicales.

Toutes les mesures prises à l'encontre de M. F_____ s'inscrivaient le traitement de la pathologie que présentait ce dernier. Il ne pouvait fonctionner que dans un cadre où les règles étaient très claires et les limites précises. Deux ans auparavant, le Dr Robert avait connu M. F_____ dans un autre lieu beaucoup plus souple. C'était un échec, car les débordements du patient étaient incontrôlables. M. F_____ savait avant de fuguer ce qu'il encourrait s'il le faisait. Cette règle était bonne et le fait de l'appliquer était une décision judicieuse.

Le témoin reconnaissait que M. F_____ était soumis à un régime sévère, toutefois le personnel du pavillon des "Platanes" était très souple comparé à celui des autres unités dans lesquelles il avait été amené à travailler.

Une ou deux fois par semaine, le personnel soignant et les patients se rencontraient afin d'exprimer leurs doléances ou opinions sur la vie quotidienne au sein du pavillon. Lors de ces séances, M. F_____ avait eu, notamment au cours des deux derniers mois, des paroles dénigrantes à l'encontre du corps médical. Cette attitude "plombait" l'ambiance et la qualité de vie de l'unité. Les patients pouvaient s'exprimer librement lors de ces séances, sans risque de représailles.

M. F_____ présentait un danger lorsqu'il fugait, autant pour lui-même que pour autrui. En effet, il pouvait consommer des toxiques tels que de la cocaïne, de l'héroïne et de l'alcool. Il pouvait à cette occasion agresser des personnes afin d'obtenir de l'argent, ce qui s'était déjà produit, et rien ne permettait de penser que cela ne pouvait pas se reproduire.

Selon les observations du témoin, le traitement suivi par le patient dans l'enceinte du pavillon des "Platanes" lui convenait très bien et permettait de le maintenir abstinent.

15. Le 4 avril 2007, la commission de surveillance a fait parvenir au Tribunal administratif les directives accompagnées d'un extrait des lois remis aux patients lors de leur admission en clinique psychiatrique.
16. Le 12 avril 2007, M. F_____ a été placé en chambre fermée. Par décision du 16 avril 2007, la commission de surveillance a déclaré le recours contre la mesure précitée irrecevable au motif qu'elle avait été levée le 15 avril 2007.
17. Le 16 avril 2007, M. F_____ a poursuivi ses soins en chambre fermée au retour d'une fugue, en raison d'un risque majeur de violence envers lui-même.
18. Par courrier du 7 mai 2007, M. F_____ a déposé ses observations après enquêtes en reprenant et développant ses conclusions et ses arguments antérieurs.

Les directives ne mentionnaient que le programme en chambre fermée alors que le message du Conseil d'État prévoyait aussi le régime pavillonnaire strict. De plus, les conditions d'application des mesures de contrainte au sens de l'article 50 LS n'avaient pas été respectées. La directive prévoyait que la mise en chambre fermée ne pouvait être ordonnée que s'il existait un risque élevé, immédiat et une mise en danger de soi et d'autrui. Il n'existait pas de base légale pour une mise en chambre sécurisée disciplinaire. La mise en danger n'était pas établie.

19. Dans sa réponse du 16 juillet 2007, la commission de surveillance conclut à l'irrecevabilité du recours, le cas échéant, à son rejet.

Le recourant n'avait pas d'intérêt actuel à recourir contre sa décision du 19 mars 2007.

Les articles 7 alinéa 1 lettre f et 23 de la loi sur la CSPS attribuaient aux délégations la compétence de statuer sur les demandes de levée ou d'interdiction de mesures de contrainte. La compétence de se prononcer sur une plainte à l'encontre d'une mesure levée revenait à la commission de surveillance, laquelle statuait en séance plénière après que la cause ait été instruite par une sous-commission (art. 7 al. 1 let. a et g et 17 de la loi sur la CSPS). La commission de surveillance était donc entrée en matière à tort sur les griefs invoqués par le recourant. Le formulaire intitulé "recours contre une mesure de contrainte" avait depuis été modifié tout comme la pratique des délégations, ces dernières ne se prononçant plus sur des plaintes contre des mesures de contrainte, mais les renvoyaient au bureau pour l'éventuelle ouverture d'une procédure.

En l'espèce, la mesure de mise en chambre fermée n'avait pas de caractère punitif. Elle était motivée par les fugues du recourant et par un comportement à risque de ce dernier pour les autres patients. Lors des fugues, M. F_____ était potentiellement mené à ingérer des toxiques et à agresser des tiers afin d'obtenir de l'argent à cette fin. L'abstinence que présentait le recourant actuellement était due précisément à ce régime strict. Il était par ailleurs toujours en attente d'une place dans un centre spécialisé dans le traitement des toxicodépendances.

La délégation avait retenu que l'attitude du recourant à l'égard des autres patients allait au-delà de l'expression d'un ressentiment, contrairement à ce qui avait été dit lors de son audition. Il avait de manière constante dénigré le personnel soignant et les traitements dispensés aux patients.

Le régime de pavillon strict n'aurait pas été adéquat, ni apte à atteindre les buts visés. Cette mesure aurait de plus porté atteinte de manière disproportionnée aux droits des autres patients.

Par ailleurs, le régime pavillonnaire strict n'était pas une mesure de contrainte au sens de l'article 50 LS. Cette disposition énumérait uniquement des

mesures limitant physiquement la personne dans sa liberté de mouvement ou celles permettant ou facilitant une intervention à cet égard.

Les autres restrictions, tel que l'aménagement limité au strict nécessaire de la chambre du recourant, ne constituaient pas une mesure de contrainte au sens de l'article 50 LS, car elles ne limitaient pas sa liberté de mouvement. La délégation avait constaté qu'elle n'avait aucune compétence pour se prononcer à cet égard, étant rappelé qu'elle était, à teneur de la loi, compétente pour statuer sur la levée ou l'interdiction d'une mesure de contrainte.

EN DROIT

1. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable à cet égard (art. 56A de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 - LOJ - E 2 05 ; art. 63 al. 1 litt. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).
2. a. Selon l'article 60 lettre b LPA, par renvoi de l'article 13 alinéa 3 de la loi sur la CSPS, toute personne qui est touchée directement par une décision et qui a un intérêt personnel digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a la qualité de partie.

Selon les articles 6 et 13 de Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101) et les articles 29 à 30 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne a droit à un recours effectif et à un procès équitable.

b. La qualité pour recourir contre une décision est subordonnée à l'existence d'un intérêt actuel. Cependant, il est renoncé à faire d'un tel intérêt une condition de recevabilité du recours lorsque les questions soulevées pourraient se poser à nouveau en tout temps et dans des circonstances identiques ou analogues ou qu'en raison de sa nature, le litige ne pourrait jamais être soumis à temps au tribunal (ATA/266/2007 du 22 mai 2007 et références citées)

c. En l'espèce, le recourant séjourne à Belle-Idée dans le cadre d'un placement non volontaire à des fins d'assistance. Les mesures de contrainte, en particulier la mise en chambre sécurisé du 6 mars 2007, pourraient être à nouveau ordonnées dans le futur par le personnel soignant. Par conséquent, il y a lieu d'entrer en matière sur le recours, afin d'éviter que l'examen du bien-fondé de la mesure ne soit repoussé sans cesse en opposant au recourant le défaut d'intérêt actuel.

3. a. Dans le cadre de sa mission, la commission de surveillance a, entre autres attributions, le pouvoir de statuer sur les demandes d'interdiction ou de levée des

mesures de contrainte (art. 7 al. 1 let. f de la loi sur la CSPS). Elle peut en outre instruire en vue d'un préavis ou d'une décision les cas de violation des dispositions de la LS ou de la loi concernant la privation de liberté à des fins d'assistance concernant les professionnels de la santé et les institutions de la santé, ainsi que les cas de violation des droits des patients (art. 7 al. 1 let. a de la loi sur la CSPS).

Un bureau de trois membres est constitué au sein de la commission de surveillance afin d'examiner au préalable les plaintes, les dénonciations et les dossiers dont elle s'est saisie d'office. Le bureau peut décider notamment de l'envoi du dossier pour instruction à une délégation (art. 10 al. 1 et 2 let. d de la loi sur la CSPS).

En particulier, dans les cas visés à l'article 7 alinéa 1 lettre f de la loi sur la CSPS, l'instruction du dossier est confiée à une délégation composée de trois membres de la commission de surveillance, dont un psychiatre et un membre d'une organisation se vouant statutairement à la défense des droits des patients (art. 23 al. 1 de la loi sur la CSPS). En revanche, en l'absence de médiation ou en cas d'échec de celle-ci, l'article 7 alinéa 1 lettre a de la loi sur la CSPS prévoit que l'instruction du dossier est confiée à une sous-commission formée de deux membres au moins, soit un médecin et un membre n'appartenant pas aux professions de la santé (art. 17 al. 1 de la loi sur la CSPS). Selon l'article 22 du règlement de la CSPS, les décisions des délégations sont prises à la majorité des membres. En cas d'égalité des votes, une voix prépondérante est accordée au psychiatre désigné pour rédiger la décision.

b. En l'espèce, il ressort du rapport de l'audition du 19 mars 2007 que la décision de ne pas lever la mesure de contrainte a été prise à l'unanimité, ce qui permet d'affirmer que la présence d'un psychiatre supplémentaire n'a pas pu l'influencer. Par ailleurs, il a été confirmé lors de l'audience de comparution personnelle des parties que le recourant avait signé une demande de levée de mesures de contrainte et non un recours. La décision émanant des HUG et plus précisément du personnel de Belle-Idée avait fait l'objet d'un recours à la commission de surveillance avant d'être portée devant la juridiction supérieure. Par conséquent, le grief invoqué visant la qualité de partie de la commission de surveillance est infondé.

4. a. Selon l'article 50 LS, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est en principe interdite. Exceptionnellement, dans la mesure du possible, après avoir discuté avec le patient, respectivement le représentant qu'il a désigné, le représentant légal ou ses proches ou le médecin responsable d'une institution de santé peut, après consultation de l'équipe soignante, imposer pour une durée limitée des mesures de contrainte strictement nécessaires à la prise en charge du patient si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas et si le comportement du patient présente un danger grave pour sa sécurité ou sa santé ou celles d'autrui. Le médecin responsable d'une institution

de santé peut déléguer cette prérogative à un autre professionnel de la santé compétent. La mise en cellule d'isolement à caractère carcéral est interdite.

A teneur de l'article 51 alinéa 1 LS, la surveillance du patient est renforcée pendant toute la durée de la mesure de contrainte, dont le maintien fait l'objet d'évaluations régulières et fréquentes. Un protocole comprenant le but et le type de chaque mesure utilisée, ainsi que le nom de la personne responsable et le résultat des évaluations est inséré dans le dossier du patient. Selon l'article 51 alinéa 2 de la loi sur la santé, le patient, le représentant qu'il a désigné pour prendre en son nom les décisions de soins, son représentant légal et ses proches peuvent s'adresser à la commission de surveillance pour demander l'interdiction ou la levée des mesures de contrainte.

Le point 3 des directives des HUG, sur le programme de soins en chambre fermée, prévoit que ce traitement, qui limite la liberté de mouvement des patients, doit éviter l'arbitraire, protéger les droits des patients et des soignants et respecter le principe de proportionnalité. Ce programme doit être organisé dans le respect d'un confort maximal pour le patient et, dans la mesure du possible, être introduit après en avoir discuté avec lui, respectivement, son représentant, son représentant légal ou ses proches. Une alternative moins contraignante doit être envisagée, cas échéant, tentée, avant la mise en chambre fermée. En particulier, à tout moment, une décision médicale peut être prise de fermer la porte de l'unité pour assurer la sécurité d'un patient et/ou parer un risque de fugue. Pour choisir entre chambre fermée et unité fermée, le médecin mettra en balance les avantages et les inconvénients de ces alternatives, non seulement du point de vue du patient concerné mais aussi de celui des autres patients de l'unité, eu égard au principe de proportionnalité.

La décision de prescription du programme de soins en chambre fermée est prise si le comportement du patient impose de prendre rapidement des mesures pour assurer sa sécurité, celle des autres patients ou celle du personnel ou si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas (pt 4.1). Dans la mesure du possible, cette mesure de contrainte doit être discutée avec le patient, respectivement le représentant qu'il a désigné, le représentant légal ou ses proches. Ils reçoivent les explications sur les raisons, les buts et les modalités de la mise en chambre fermée (pt 4.6).

b. Le mémorial des séances du Grand Conseil (MGC) concernant l'article 51 LS définit la mesure de contrainte. Il s'agit de toute mesure limitant la personne dans sa liberté de mouvement. La notion doit dès lors être clairement distinguée du traitement médical forcé ou traitement "sans consentement" (MGC 2003-2004/XI A 5849).

La liberté de mouvement est une composante de la liberté personnelle garantie par la Constitution fédérale (art. 10 al. 2 Cst.). Elle n'est pas absolue et

peut être restreinte moyennant le respect des conditions énoncées à l'article 36 Cst. : la restriction doit ainsi reposer sur une base légale, être justifiée par un intérêt public ou par la protection d'un droit fondamental d'autrui et être proportionnée au but visé (MGC précité).

En milieu médical, la question des mesures de contrainte doit être comprise dans un sens très large et recouvre des mesures aussi diverses que celles "liées à la surveillance électronique ou à la fermeture automatique des portes" et celles correspondant à des "entraves telles que des liens ou des barrières visant à éviter les chutes". Un vaste éventail de mesures plus ou moins contraignantes répond au principe de proportionnalité, la mesure la moins lourde devant dans tous les cas être préférée afin de restreindre le moins possible la liberté de mouvement dans l'hypothèse, qui doit rester exceptionnelle, où une telle restriction serait nécessaire pour protéger la sécurité et la santé du patient ou des tiers (MGC précité).

c. Un traitement médical sous contrainte trouve un consensus entre juristes et médecins autour de la notion de péril en la demeure ; toute personne qui risque de devenir un danger pour elle-même ou autrui devient ainsi candidate à des mesures de contrainte, classiquement une hospitalisation non volontaire, surtout dans la mesure où son comportement est dû à une maladie ou à un état mental particulier susceptible de diminuer ses capacités d'action et de jugement. Protection de l'individu contre lui-même et/ou protection de la société contre une personne dérangeante, la ligne de démarcation est floue (Droit, santé mentale et handicap, acte de la 9^{ème} journée de droit de la santé, rapport n° 2 de l'Institut du Droit de la Santé (IDS) de l'Université de Neuchâtel, 2003, p. 27).

Dans le domaine de la toxicodépendance, certains considèrent que la privation de liberté à des fins d'assistance est un outil qui peut être utile et qui est fréquemment utilisé. Elle peut contribuer à déclencher dans le parcours d'une personne dépendante une prise de conscience, une "entrée en matière" thérapeutique (rapport n°2 de l'IDS précité, p. 28).

Le psychiatre en institution doit parfois continuer de concilier son rôle de thérapeute du patient et celui de gardien désigné, si ce n'est de l'ordre social, du moins de la personne qui lui est confiée à sa bonne garde (ibidem).

La contrainte ne saurait, a priori et par principe, avoir d'effet thérapeutique en tant que tel, d'autre part, elle pourrait cependant permettre la mise sous protection momentanée d'une personne, et le démarrage éventuel d'un processus de soins. Il est probablement illusoire d'envisager de se passer totalement de mesures contraignantes dans le domaine des soins et de la médecine ; en revanche, il est certain qu'il faut en réglementer strictement l'usage. Il s'agit de protéger au mieux les droits de la personne ou du patient dans ces circonstances (ibidem).

Il est impératif de codifier l'usage des mesures de contrainte ainsi que les circonstances et critères des cas d'application des ces dernières d'une manière aussi explicite, précise et non ambivalente que possible ; cependant, l'exercice est très délicat et le consensus difficile à trouver. Le débat est encore vif et contradictoire, y compris au plan international (ibidem).

Il convient de souligner que le principe d'interdiction des mesures de contrainte est le corollaire de celui du consentement libre et éclairé, et qu'il constitue une exigence fondamentale afin de garantir la dignité humaine. Il faut donc rappeler que toute contrainte à l'égard des patients est interdite sauf s'il s'agit de préserver, dans une situation urgente, la vie ou l'intégrité de la personne soignée et celle des personnes de son entourage. Si l'on admet des exceptions, dès lors les mesures de contrainte envisagées et envisageables (actuellement pratiquées) sont les suivantes : l'isolement, la contention, la limitation des contacts avec l'extérieur et le traitement médicamenteux forcé. Il est proposé qu' "à titre exceptionnel, en dehors de toute situation urgente et après en avoir discuté avec le patient ou son représentant légal, le médecin responsable puisse imposer pour une durée limitée des mesures de contrainte strictement nécessaires à la prise en charge du patient incapable de discernement", il faut par ailleurs que d'autres mesures moins restrictives aient échoué ou n'existent pas et que le comportement du patient présente un danger pour sa vie, sa sécurité, son intégrité ou pour celles des autres personnes dans l'établissement (rapport n°2 de l'IDS précité, p. 31).

d. En l'espèce, le recourant souffre de schizophrénie et de toxicomanie. Il suit un traitement à base de méthadone, néanmoins le risque de rechute est encore élevé. Il ressort du témoignage du Dr Robert que toutes les mesures prises à l'encontre du recourant s'inscrivent dans le cadre du traitement de sa pathologie. Le recourant enfreignait systématiquement les règles et il avait besoin d'un cadre où ces dernières sont clairement établies. Le Dr Robert a connu le recourant pendant un traitement beaucoup plus souple qui s'est soldé par un échec. Le régime auquel le recourant est soumis permet une abstinence constante, ce que ce dernier a reconnu en audience de comparution personnelle.

En outre, le recourant était prévenu que lorsqu'il fuguait ou lorsqu'il ingérait des substances toxiques, il serait immédiatement mis en chambre sécurisée.

En ce qui concerne le régime pavillonnaire strict, il ressort des directives des HUG que cette mesure peut être prise en tout temps si le patient risque de fuguer. Le recourant, lors de ses fugues, était un danger autant pour lui-même, dans le risque de consommation de toxiques, que pour autrui, dans le fait d'agresser son entourage afin d'obtenir l'argent nécessaire à l'achat de ces substances.

Il y a lieu de reconnaître que ces mesures sont ordonnées à titre punitif lors de la violation de règles de comportement qui sont clairement établies par le médecin traitant. Dans la mesure où elles sont, au préalable, communiquées au

recourant, ces punitions entrent dans le cadre du traitement de son état et sont donc de nature thérapeutique.

5. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Eu égard à la situation financière du recourant, aucun émolument ne sera mis à sa charge (art. 87 LPA).

* * * * *

PAR CES MOTIFS
LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF

à la forme :

déclare recevable le recours interjeté le 23 mars 2007 par Monsieur F_____ contre la décision de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 19 mars 2007 ;

au fond :

le rejette ;

dit qu'aucun émolument n'est perçu ;

dit que, conformément aux articles 82 et suivants de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification par-devant le Tribunal fédéral, par la voie du recours en matière de droit public ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14, par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'article 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi ;

communique le présent arrêt à Me Jean-Pierre Garbade, avocat du recourant ainsi qu'à la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients.

Siégeants : Mme Bovy, présidente, M. Paychère, Mme Hurni, M. Thélin, Mme Junod, juges.

Au nom du Tribunal administratif :

la greffière-juriste adj. a.i. :

P. Pensa

la vice-présidente :

L. Bovy

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le

la greffière :