

## AU SOMMAIRE DE CE NUMÉRO

La Fondation suisse Pro Mente Sana fêtant cette année ses 40 ans d'existence, nous revenons sur une facette importante de cette histoire par une brève présentation de la vie et de l'œuvre du Dr Paul Tournier. Médecin généraliste genevois, il fonda en 1940 le courant de la Médecine de la Personne, proposant une approche paradigmatique et visionnaire de la relation soignante.

Ami proche du Dr Paul Plattner (fondateur et président historique de PMS), Paul Tournier fournit à la fondation naissante un cadre de valeurs fondamentales figurant de manière inaliénable au cœur de notre ADN !

Notre juriste, Mme Shirin Hatam, nous propose ensuite un texte passionnant sur les aspects assurantiels des situations où un accident a causé (ou déclenché) une affection psychique. Le droit est certes un domaine hautement technique ; il confine aussi parfois à une poésie de l'absurde, tant ses formalismes peuvent heurter avec lourdeur le réel des événements de vie.

L'article suivant fait suite à la triste adoption par le peuple suisse de mesures de surveillance exceptionnelles face aux potentiels fraudeurs des assurances sociales. L'adoption de dispositifs d'exception envers une population fragilisée est toujours mauvais signe. Ici, les tenants du « fair play » en matière de fraude aux assurances, ouvrant la porte à des mesures disproportionnées, sont les mêmes qui hurlaient au loup quand il s'agissait d'envisager de pareils dispositifs pour lutter contre la fraude fiscale, y voyant une intolérable atteinte à la sphère privée ! On a les fair play qu'on peut et l'hypocrisie a de beaux jours devant elle...

Reste que l'espionnite tatillonne menace, et que son impact possible sur des personnes en état de fragilité psychique peut s'avérer dévastateur. Shirin Hatam présente dans « Surveillance des assurés, abus des assureurs » les raccourcis abusifs existant déjà en matière d'évaluation de la capacité fonctionnelle des assurés à exercer une activité lucrative. Raccourcis constituant parfois de véritables délits pénaux de l'ordre du faux dans les titres. A quand donc une surveillance des assureurs ?!

Nous présentons pour terminer le magnifique ouvrage consacré par Mme Danielle Aeby à l'hôpital psychiatrique de Marsens, de sa création (en 1875) à aujourd'hui. On y trouve un kaléidoscope de temps sombres et de temps clairs, entre les dérives dommageables d'une psychiatrie banale et l'intuition lumineuse d'autres manières de soigner...

Nous préparons en ce qui nous concerne activement les chantiers prioritaires qui nous occuperont en 2019 : le droit des patients psychiques, toujours insatisfaisant pour un ensemble de raisons, et qu'il s'agit de faire évoluer dans la bonne direction à la faveur des obligations découlant de la Convention des droits des personnes en situation de handicap. La formation des pairs praticiens en santé mentale ensuite, avec une nouvelle volée prévue dès l'automne ainsi que de nouvelles propositions de formation continue pour les pairs déjà formés. Le modèle de « Collège de Rétablissement » enfin, avec une première expérience dès janvier dans le canton de Genève et une extension espérée à toute la Romandie dès 2020.

De tout ceci, et d'autres choses, nous vous entretiendrons tout prochainement...

Nous vous souhaitons bonne lecture, ainsi qu'une bonne année !

Jean-Dominique Michel  
Secrétaire général, Association romande Pro Mente Sana

## AUX ORIGINES DE PRO MENTE SANA : LE DR PAUL TOURNIER ET LA MÉDECINE DE LA PERSONNE.

La Fondation suisse Pro Mente Sana célèbre cette année ses 40 ans d'existence. Sa création fut portée par l'engagement et la conviction d'une poignée de pionniers convaincus de l'importance essentielle d'une organisation nationale statutairement dédiée à la défense des intérêts et des droits des personnes souffrant de troubles psychiques.

L'histoire de PMS montre une intense circulation entre les régions linguistiques de notre pays et différents courants partageant une vision humaniste et sociale de la personne humaine et de sa santé psychique.

On y trouve ainsi impliqués :

- la grande tradition de la psychiatrie sociale (en particulier en la personne du fondateur et premier président de PMS, le Dr Paul Plattner, médecin-responsable du « Nervensanatorium Wyss » à Münchenbuchsee) ;
- la Société suisse d'utilité publique (avec son directeur, M. Willy Niederré ainsi que le Dr Robert Imbach de Zoug) ;
- les groupes Balint et le «Modèle d'Ascona» se proposant d'améliorer les relations entre médecin et patient par une nouvelle forme d'apprentissage émotionnel (avec le Dr Boris Luban-Plozza) ;
- le modèle alors novateur des communautés thérapeutiques (dont M. Théo Itten, psychologue et membre historique du Conseil de fondation, avait fait l'expérience à Londres) ;
- le droit des patients, incarné par l'avocat et juriste Jost Gross (premier secrétaire central de la Fondation, qu'il présidera plus tard) et le Pr Marco Borghi, futur fondateur du Centre interdisciplinaire d'éthique et des droits de l'homme de Fribourg et initiateur de la loi sociopsychiatrique tessinoise.

On relèvera aussi que Pro Mente Sana a entretenu depuis toujours un lien particulier avec la Suisse romande : les Dr Paul Plattner et Robert Imbach avaient en effet tous deux effectué leurs études de médecine à Genève. Ils y avaient fait la connaissance du Dr Paul Tournier, fondateur du mouvement de Médecine de la Personne, dont l'œuvre commençait déjà à acquérir un rayonnement national et international.

Lors des obsèques du Dr Plattner, décédé accidentellement avec son épouse lors d'un voyage en Egypte en février 1980, Paul Tournier rendit hommage à l'œuvre de Paul Plattner en rappelant combien l'essence de la Médecine de la Personne s'exprimait aussi dans la Fondation Pro Mente Sana<sup>1</sup>.

C'est donc une grande joie pour nous de rappeler aujourd'hui cet héritage, en présentant dans ses grandes lignes l'histoire de vie et les intuitions visionnaires d'un médecin généraliste qualifié par Viktor Frankl, le grand psychanalyste viennois, de « pionnier de la psychothérapie centrée sur la personne<sup>2</sup> ».

Pourtant, le début du parcours de vie de Paul Tournier est marqué par la tragédie : son père, pasteur à la cathédrale Saint-Pierre, décède deux mois après sa naissance. En 1904, alors qu'il n'avait que six ans, Paul perdit également sa mère, emportée par un cancer du sein. Il fut élevé par un oncle et une tante.

Il décrit plus tard comment il s'était trouvé habité d'un sentiment de vide douloureux, au point de « se sentir disparaître dans le néant, de peur d'être totalement insignifiant pour qui que ce soit dans le futur ». Incapable d'accepter l'affection, il s'était replié sur lui-même et n'avait pas d'amis. « Je n'existais pas » écrira-t-il<sup>3</sup>.

A l'âge de 16 ans, son professeur de grec l'invita régulièrement à la maison. Ce fut pour lui une expérience clé. Comme jamais auparavant, il sentait que quelqu'un le prenait au sérieux et respectait ses idées. « Il m'a initié au dialogue et m'a sauvé de ma solitude. Il m'a donné le sentiment que j'existais. Je peux même dire qu'il m'a fait exister ! »

La transformation était évidente. Il avait pris suffisamment confiance en lui pour commencer à s'intégrer dans la société. De 1917 à 1923, il étudia la médecine à l'Université de Genève et devint le leader d'un mouvement national d'étudiants. Il servit avec la Croix-Rouge à Vienne, organisa des collectes de fonds pour les enfants russes, et obtint son doctorat de médecine en 1923.

En 1924, il épousa Nelly Bouvier, dont il eut deux fils : Jean-Louis, né en 1925 et Gabriel, né en 1928.

Ce fut son épouse qui ébranla en premier l'homéostasie que Tournier avait trouvée dans sa vie d'adulte. Elle l'interpella un jour en lui écrivant : « Paul, tu n'es pas mon mari. Tu comprends, tu es mon professeur, tu es mon médecin, mon psychologue, même mon pasteur, mais tu n'es pas mon mari. »

Tournier témoignera à quel point cette interpellation le secoua, mais aussi lui fut bénéfique par le questionnement qu'elle ouvrit en lui.

« J'étais trop intellectuel, écrira-t-il, je pouvais m'adresser à elle comme si je lui donnais des conférences en privé... mais j'étais incapable de développer une véritable camaraderie. Ma fuite dans l'intellectualisme était mon problème. J'avais trouvé mon chemin sur une

*base intellectuelle, mais la dimension personnelle, la dimension émotionnelle, affective était encore cachée et fermée à moi.*

*J'avais trouvé une relation avec la société, mais sur le plan intellectuel, je cachais encore ma solitude intérieure. Je pouvais mener des discussions devant des milliers de personnes, mais je n'étais pas capable d'entrer dans une relation personnelle plus profonde. »*

Quelques années plus tard, en 1932, Paul Tournier fit une rencontre qui le transforma. Une patiente difficile s'était améliorée de façon inattendue et ne se montrait plus du tout aussi agressive et égocentrique. Questionnée au sujet de ce changement, elle lui apprit qu'elle avait participé à des groupes de parole organisés par le mouvement d'Oxford – un mouvement d'inspiration chrétienne qui fut par ailleurs à l'origine du groupe d'entraide des Alcooliques Anonymes. Lors des séances, les participants essayaient d'y développer plus de conscience de soi et d'ouverture d'esprit en partageant leurs vécus et les ressources qu'ils mobilisaient pour aller mieux.

Tournier fut ensuite présenté à quatre éminents représentants de ce mouvement. Il s'attendait à une discussion intellectuelle sur les principes et les résultats de cette méthode, mais ses interlocuteurs restèrent silencieux pendant un certain temps, avant de s'engager dans des échanges très personnels. Tournier dira avoir été d'abord très déçu, mais aussi passablement touché. Il y retourna donc.

« Que pouvais-je répondre ? Il fallait bien que je parle de moi et, pour la première fois, à trente-deux ans, j'ai pleuré ma souffrance d'orphelin que j'avais refoulée depuis mon enfance<sup>4</sup>. »

Il découvrit alors une autre possibilité de vivre et d'être en relation avec les autres que le mode de refoulement et d'intellectualisme dans lequel il s'était réfugié.

« A partir de là, je me suis ouvert à des amis au sujet de ma vie, de mes sentiments, de mes peurs, de mes hontes et de mes désirs.<sup>3</sup> »

Le soulagement qu'il avait éprouvé à retrouver ses ressentis et à se réconcilier avec des moments douloureux de son histoire l'invita à faire évoluer sa pratique médicale en cherchant à établir un dialogue authentique avec ses patients.

« Qu'est-ce qui aide les gens ? Certainement pas des conseils car, ou bien ils suivent comme des petits

gosses, ou bien ils ne les suivent pas. Donc nos conseils ne servent à rien. Ce qui aide les gens, c'est ce qui m'a aidé moi-même, c'est-à-dire la rencontre de personnes qui parlent réellement de leurs souffrances, de leurs difficultés, de leurs obstacles, de leurs refus, de leurs fuites. Il faut d'abord permettre aux patients de s'exprimer, de s'extérioriser. C'est en s'extériorisant qu'on se libère. »

Ce qui le conduisit à remettre en question son rôle et sa posture en tant que médecin.

« Habituellement, chacun joue un rôle dans la vie et cela crée des relations fonctionnelles. Ce que j'appelle une relation personnelle, c'est quand on n'est pas là en tant que patient ou médecin, élève ou maître, mais en tant que personne.

J'étais un médecin de quartier, un médecin de famille. Je croyais connaître à fond mes malades et puis voilà, tout à coup, ils se sont mis à parler à un niveau plus profond. Le niveau auquel ils s'ouvrent dépend de notre disponibilité à nous.

Je voulais être un médecin humain, bon enfant : j'avais une manière d'être très gentil avec tout le monde, quelque peu paternaliste. Cela n'allait pas très loin. Pour aller plus loin, il faut être libre de soi-même. Je ne me rendais pas compte que c'était moi qui empêchais que le courant passe. »

Avec des implications inévitables, au-delà de sa propre pratique, quant à l'art médical et ses limites !

« Le rapport personnel se communique d'homme à homme et ne s'enseigne pas. A l'heure actuelle, on commence à enseigner la psychologie dans les études médicales et c'est le moment ! Mais on ne peut pas enseigner la médecine de la personne. En revanche, un professeur de médecine peut avoir le sens de l'humain. En ce qui me concerne, j'ai eu un maître qui avait profondément le sens de l'humain et qui nous le communiquait au lit du malade. Vous voyez, ce n'est pas un enseignement, c'est une communication.

Notre tâche est donc d'aider les médecins à sortir de leur prison scientifique. Cela ne veut pas dire qu'ils ne doivent plus être des hommes de science, mais il leur faut comprendre que la médecine n'est pas seulement de la science.

Nous touchons là au problème du sens de la maladie. Je ne peux pas diagnostiquer objectivement un sens

de la vie, un sens de la maladie. Le diagnostic médical est quelque chose d'objectif, de scientifique. Mais ce qui est du domaine du sens, c'est le malade lui-même qui peut le découvrir. Plus nos malades s'interrogent sur le sens de la maladie, plus il faut qu'ils puissent s'exprimer. Et non pas recevoir une réponse.

Le médecin doit accomplir sa tâche d'homme de science qui sait ce que le malade ne sait pas, mais à une condition : il doit savoir qu'il y a aussi quelque chose que le malade sait et que lui ne sait pas ; que les problèmes que le malade remue dans son cœur pendant des nuits d'insomnie doublent pour ainsi dire sa souffrance. »

Car oser dire, exprimer, partager, livrer les vérités qui nous travaillent ou nous tourmentent dans le secret de nos âmes est ce qui peut le mieux nous en soulager ou même nous en libérer... Et la condition pour qu'un dialogue authentique se noue est que le médecin renonce à se cantonner à sa fonction, qu'il ose laisser coexister en lui le professionnel et la personne qu'il est.

« Or, c'est si rare que les gens s'ouvrent ainsi, même entre époux, même entre amis. Quand je questionne celui qui vient de me dire ce qu'il n'avait jamais osé dire à personne, il me répond : "J'avais peur de n'être pas compris." Et voilà, mon interlocuteur s'est senti compris. Se sentir compris, c'est ça qui aide à vivre, à affronter n'importe quel problème difficile, même insoluble, sans être infidèle à soi-même. Minute de vérité, de confiance, d'émotion intense pour lui ; mais aussi pour moi ! Je n'ai pas compris avec le cerveau seulement, mais avec le cœur. Moi non plus je ne serai plus le même après ; il y a eu une résonance mystérieuse, c'est le contact personnel qui m'engage moi autant que l'autre. »

Paul Tournier décida alors de passer une heure par jour en silence, prenant des notes si des impressions lui traversaient l'esprit. Ce fut le début d'une vie de contemplation et d'écoute intérieure ayant vocation d'inspirer, équilibrer et orienter ses activités extérieures.

Ces changements dans sa pratique étaient si intenses qu'il envisagea même de renoncer à la médecine pour se consacrer à ce qu'il avait plutôt envie de décrire comme un « conseil spirituel ». Ce fut à nouveau Nelly qui l'en dissuada, montrant les avantages mais aussi la cohérence profonde à combiner les deux approches !

« Ceux qui m'ont remercié pour mes livres le savent bien : j'ai vécu une vie de recueillement et puis de

ministère, de rencontres. Des gens se sont ouverts à moi et cela a été la découverte de l'immensité des problèmes de vie qui existent chez tout le monde. Je me souviens de m'être dit un jour : « *C'est terrible, il y a en somme des secrets, des poids terribles dans toutes les vies. Nous médecins examinons, observons, faisons un diagnostic médical, mais il y a un autre diagnostic à faire.* » J'ai commencé à sentir l'importance que tous ces problèmes de vie jouent dans la santé.

« Nous ne pourrons jamais mesurer vraiment la souffrance d'autrui. Nous ne pouvons que la deviner. Ces phrases que l'on dit : « *Ah ! je me mets à votre place !* » ce sont des bobards, bien souvent. Ceux qui souffrent savent bien que leur souffrance est incommunicable et que c'est escamoter le problème que de penser qu'on puisse se mettre à leur place. Une veuve inconsolable était venue chez moi. Je lui ai dit : « *Ma foi, madame, je pense que tant que je n'ai pas perdu ma femme, je ne peux pas vraiment comprendre ce que c'est que le veuvage.* » Elle a été stupéfaite et elle m'a dit : « Tous les autres ont voulu me consoler. Vous êtes le premier homme qui me dit la vérité. »

Car l'autre but de la consultation (au-delà de l'art médical et des possibilités qu'il fournit) est pour le médecin de vivre une relation d'authenticité et de vérité avec son patient, pour co-construire « un monde où l'on puisse vivre ».

« Un monde où l'on puisse vivre, ce serait, je pense, un monde où il y aurait un véritable contact entre les gens, où ils pourraient s'ouvrir les uns aux autres, et s'aider ainsi mutuellement à devenir eux-mêmes, authentiques.

Il y a des drames, beaucoup plus qu'on ne le pense. Combien de médecins ont perdu un enfant ! Combien de médecins raccommodent des couples alors même qu'ils se disputent avec leur femme ! Il faut voir les choses telles qu'elles sont. Il n'y a qu'une solution, c'est de nous aider les uns les autres à prendre conscience de nos problèmes, à être vrais, à être capable d'exprimer ce que nous vivons, nos obscurités, nos difficultés, nos embarras.

Je me rappelle une histoire que m'a relatée mon ami Jean de Rougemont, chirurgien à Lyon. Son fils est mort d'un sarcome après une année passée en clinique. C'est terrible pour un chirurgien de voir un fils pendant douze mois marcher vers la mort. Et puis voilà qu'un beau jour, dans la chambre même où avait été son fils, il trouve une petite vieille qui avait perdu sa fille

et qui était inconsolable. Elle était là, bloquée, plus de goût de vivre, plus rien. Il essaie de la consoler avec des bonnes paroles, mais en vain. Allait-il parler de son fils ? S'il y a quelque chose d'intime, c'est bien cela. Alors, il finit par lui dire : « Vous savez, c'est dans cette chambre-ci qu'est mort mon propre fils. » Le lendemain, la petite vieille se lève, met sa meilleure jupe, un peu de poudre, son petit chapeau. Elle sort dans la rue, ressuscitée. Et mon ami a eu ce joli mot : « *C'était une pendule arrêtée à l'heure de la mort de sa fille.* »

Les Dr Paul Tournier et Paul Plattner se rencontrèrent lors de la première Journée de Médecine de la Personne, à l'Institut Bossey, en 1947. Il s'ensuivit une relation conduisant à ce jour de 1980 où Paul Tournier prononça l'éloge funèbre de son ami. Avec cette belle aventure du cheminement, dans des cadres et des contextes différents, avec des visages différents, d'une même exigence, d'une même intégrité : ne jamais réduire l'autre à sa difficulté, ne jamais mettre notre humanité au-dessus ou à l'écart de l'humanité de l'autre ou lui faire violence en sachant à sa place ou mieux que lui.

La psychiatrie, enfin, avance dans cette direction. Depuis que l'on s'est aperçu que tant de patients se rétablissent, avec ou sans médecin, mais jamais sans regagner en compassion et en respect envers eux-mêmes. Ni sans s'appuyer sur des relations qui font du bien.

Aujourd'hui d'une certaine manière, c'est la médecine qui est en crise, avec des soignants surchargés, fatigués, mais aussi déboussolés. A qui sans doute l'on demande trop, mais surtout à qui on continue de demander de se couper en deux en laissant la « personne » à la maison au profit du technicien. Fausse route bien sûr... La Médecine de la Personne, la Psychiatrie de la Personne, la Santé de la Personne, c'est forcément un chemin fait d'engagement, mais aussi d'incertitude et de vulnérabilité ! Ce que Paul Tournier résuma avec l'honnêteté et l'humilité qui le caractérisaient :

« Je dois avouer que j'ai peur de rencontrer les malades, parce que justement je n'ai pas de technique. Ce serait tellement commode d'avoir une technique. On n'aurait qu'à faire tourner la machine. Mais c'est en nous que ça se passe. La médecine de la personne, c'est donc une médecine de la personne du médecin et pas seulement de la personne du malade. »

Paul Tournier vécut jusqu'à l'âge de 88 ans, écrivant de très nombreux ouvrages sur des sujets touchant à la vie humaine dans ses multiples facettes. Il traita ainsi de questions aussi diverses et intéressantes que le prénom

donné à l'enfant, la féminité, la vie de couple, les âges de la vie, la culpabilité, la violence et la puissance, l'aventure de la vie, les forts et les faibles ou apprendre à vieillir !

Son œuvre a connu un succès important dans de nombreux pays et inspire aujourd'hui encore un vaste courant de pensée dans les domaines psychothérapeutique et médical. En ce qui nous concerne, en respect de toutes ces contributions, il fut l'un des précieux visionnaires ainsi qu'une source d'inspiration à l'origine de Pro Mente Sana.

(JDM)

*Avec nos chaleureux remerciements pour leur aide et leurs aimables autorisations à M. Alain Tournier, secrétaire de l'Association Paul Tournier ainsi qu'au Comité des directeurs, et à M. Andrew Stallybrass, directeur de Caux éditions.*

Liens:

Groupe international de la Médecine de la Personne :

[www.medecinedelapersonne.org](http://www.medecinedelapersonne.org)

Collège international de médecine centrée sur la personne :

[www.personcenteredmedicine.org](http://www.personcenteredmedicine.org)

Association Paul Tournier : [www.paultournier.org](http://www.paultournier.org)

---

## Notes

- 1 Gassmann Jürg, *Geschichte der Schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana – von den Anfang bis ins Jahr 2010*, Pro Mente Sana Aktuell, Jubiläumsheft, Doppelnummer 3 & 4 / 2018
  - 2 cité dans Fulford Bill, Campbell Alastair & Cox John, *Medicine of the Person: Faith, Science and Values in Health Care Provision*, Jessica Kingsley Publishers, 2007, p. 42
  - 3 Cette information biographique, comme les suivantes, sont tirées de Pfeifer Hans-Rudolf, *Paul Tournier and « Médecine de la Personne » - The man and his vision*, Int J Integr Care, 2010 Jan-Mar ; 10
  - 4 Cette citation et les suivantes sont tirées du recueil *Guérir ? Editions Ouverture*, 2006, collection de textes extraits du livre de Paul Tournier *Vivre à l'écoute – cinquante années de médecine de la personne*, avec l'aimable autorisation des Editions de Caux.
-



« Le droit est la plus puissante des écoles de l'imagination, jamais poète n'a interprété la nature aussi librement qu'un juriste la réalité. »

Jean Giraudoux

## L'ACCIDENT, LES TROUBLES PSYCHIQUES ET LES FACÉTIES DE L'ORDRE JURIDIQUE.

Par Shirin Hatam

Chargée des questions juridiques  
chez Pro Mente Sana Suisse romande

Lorsqu'un accident provoque une affection psychique, celle-ci est prise en charge par l'assurance accident (ci-après LAA). Pour notre ordre juridique, l'accident est une atteinte dommageable, soudaine et involontaire portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort<sup>1</sup>. L'accident est aussi un choc émotionnel, ou choc de frayeur pour reprendre la traduction de l'allemand. Ainsi, se trouver sur une petite île en Thaïlande lors du tsunami ou être un conducteur de locomotive et écraser une personne qui se jette sous sa machine<sup>2</sup> est un choc propre à entraîner un traumatisme psychique couvert par la LAA.

La LAA est la plus ancienne assurance sociale liée à un risque professionnel<sup>3</sup>. C'est elle qui offre la meilleure couverture d'assurance : prise en charge du traitement médical et des rechutes sans franchise, indemnités journalières de 80% du revenu tant que l'accident (respectivement le choc de frayeur) entraîne une incapacité de travail, rente à partir de 10% d'invalidité (contre 40% pour la loi sur l'assurance invalidité) dont le montant s'élève à 80% du revenu, enfin, indemnité en capital en cas d'atteinte importante et durable à l'intégrité physique, mentale ou psychique<sup>4</sup>. L'assurance est gérée par un établissement autonome de droit public (la CNA) dont le conseil est composé notamment de seize représentants des travailleurs, ce qui la rend plus démocratique que d'autres.

Lorsqu'un accident entraîne un trouble psychique, la LAA couvre le dommage s'il existe un lien de causalité entre l'événement traumatique et les souffrances psychiques qui s'ensuivent. Ce lien de cause à effet est examiné à l'aide de critères objectivés que cette lettre trimestrielle essaie de présenter.

### Causalité naturelle : l'accident est la cause du trouble

Quand un accident cause une souffrance psychique, l'assureur vérifie si le lien de causalité entre l'événement et le trouble est « naturel » puis juge s'il est « adéquat ». Faute de telles causalités le dommage ne sera pas couvert.

La causalité est dite « naturelle » s'il est clair que la souffrance ne serait pas survenue sans l'accident, que celui-ci, même associé à d'autres facteurs, est la condition *sine qua non* de l'atteinte à la santé. Cet aspect de la causalité est essentiellement médical. En effet, une névrose traumatique peut survenir suite à de violents ébranlements du système nerveux (accident de chemin de fer, chute, tremblement de terre) et se manifester par des phénomènes de dépression continus et croissants pouvant aboutir à une véritable paralysie organique<sup>5</sup>.

La causalité naturelle peut durer plusieurs années. Ainsi, le Tribunal fédéral (ci-après TF) a estimé que les troubles<sup>6</sup> éprouvés par une assurée quatre ans et demi après avoir été la cible de plusieurs coups de feu dans la rue étaient encore en lien de causalité naturelle avec l'accident : ses antécédents psychiatriques ne prouvaient pas la disparition du lien de causalité naturelle car l'accident, sans être la cause unique du trouble, en restait la condition *sine qua non* ; l'état antérieur de fragilité de l'assurée, qui contribuait au maintien de ses troubles, ne faisait pas encore disparaître l'effet causal de l'accident<sup>7</sup>. Nul lien de causalité naturelle, en revanche, entre événement traumatique et souffrance psychique lorsque cet événement n'a fait que déclencher un processus qui serait survenu de toute façon sans lui. Dès lors, la seule existence de symptômes douloureux se manifestant après un accident ne suffit pas à démontrer une causalité naturelle avec celui-ci. De plus, la causalité naturelle disparaît lorsque l'état maladif est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident<sup>8</sup> (*statu quo ante*) ou au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'existence de l'accident (*statu quo sine*).

Comme mentionné *supra*, un lien de causalité naturelle entre l'accident et le trouble ne suffit pas à obliger l'assureur à une prise en charge. Encore faut-il qu'il trouve la causalité « adéquate ». Et c'est là que les Athéniens s'atteignirent ...

### Causalité adéquate : l'accident aurait provoqué ce trouble chez n'importe qui

La causalité adéquate est une question de droit : le juge établit que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, le type d'accident subi par l'assuré est de nature à entraîner un trouble psychique. Sous l'angle de la causalité adéquate, tout événement perturbant ou désagréable n'est pas constitutif d'un choc

de frayeur susceptible d'entraîner un traumatisme psychique. L'événement traumatique doit être d'une gravité *objective* que l'assureur va évaluer. De plus, la jurisprudence considère qu'un traumatisme psychique devrait être surmonté au bout de quelques semaines ou mois<sup>9</sup>. Cela permet de mettre fin aux prestations car, face à une situation qui ne va plus évoluer, l'assurance peut cesser de payer le traitement et entrer en matière sur le droit à une rente ou une indemnité en capital. Les assurés sont souvent d'un avis contraire ou divergent ; de longs débats judiciaires s'ensuivent.

### **Pas de causalité adéquate si l'accident n'est pas grave**

L'accident doit revêtir une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique<sup>10</sup>. Ajoutons à cela que, en droit, un accident n'est grave que du point de vue objectif : ce sont les forces générées par l'accident qui sont déterminantes et non pas les conséquences qui en résultent<sup>11</sup>. La gravité des lésions subies ne sert qu'à donner une indication sur les forces en jeu<sup>12</sup> sans rendre l'accident plus ou moins grave.

La jurisprudence sur la gravité des accidents, complexe et surprenante pour l'assuré, les divise en trois catégories : léger, moyen et grave. Qu'un accident soit léger, banal ou insignifiant et le lien de causalité adéquate sera nié d'emblée ; à l'inverse, il sera considéré comme établi en cas d'accident grave. Quant à l'accident de gravité moyenne, le plus fréquent, il est à son tour subdivisé en accident à *la limite du cas léger* ou à *la limite du cas grave*. Et les Assyriens s'assirent...

### **L'accident de gravité moyenne : un cheveu coupé en quatre**

La jurisprudence a établi une subtile casuistique de la gravité des accidents, se penchant sur la vitesse des automobilistes percutant des cyclistes<sup>13</sup>, considérant la distance entre le lieu d'impact et le point de chute du piéton<sup>14</sup>, appréciant le poids du véhicule qui le percute<sup>15</sup>, discutant la hauteur des chutes faites par les ouvriers<sup>16</sup> et la position, latérale ou verticale, dans laquelle ils tombent<sup>17</sup>. Il en est résulté des distinctions malaisées à anticiper :

- Une toiture en verre de 800 kg qui pivote en tordant le pouce de l'ouvrier qui la met en place est un accident de *gravité moyenne à la limite inférieure*<sup>18</sup>.
- L'assurée qui, restée accrochée une minute à une prise électrique avant de perdre connaissance, subit un accident de *gravité moyenne*<sup>19</sup>. En revanche, lorsque l'accident d'électrisation est suivi d'une chute de trois mètres sur un sol en béton, il est à *la limite des cas graves*<sup>20</sup>. Ce qui n'est pas le cas d'une agression à la tête à l'aide un objet potentiellement dangereux

par trois individus et dont il résulte pour la victime un traumatisme cranio-cérébral, une plaie au front, une fracture du nez et une atteinte oculaire avec perte fonctionnelle de l'œil droit ; en effet, dans ce cas, la victime avait pu se relever quelques minutes après l'agression et marcher jusqu'à son domicile avec l'aide d'un collègue<sup>21</sup>.

- Une personne frappée au visage avec un verre qui se brise au moment du choc, qui en ressort défigurée par une plaie de 11 cm à la bouche et 25 cm à la joue vit un accident de *gravité moyenne à la limite du cas grave*<sup>22</sup>.

### **Décider qu'un accident de gravité moyenne est la cause adéquate d'un trouble psychique**

Face à un accident de gravité moyenne, les juges examinent le lien de causalité adéquate à l'aide de sept critères objectifs<sup>23</sup> dont trois doivent être réalisés pour admettre le lien de causalité (donc l'obligation pour l'assureur de prendre le cas en charge) ou un seul pour autant qu'il se manifeste de manière particulièrement marquante<sup>24</sup>. En cas d'accident de *gravité moyenne à la limite inférieure*, il faut un cumul de quatre critères ou que l'un se manifeste avec une intensité particulière pour admettre le caractère adéquat de l'atteinte psychique<sup>25</sup>. L'assuré ordinaire y perd son latin ! Ces critères sont les suivants :

#### **1. Accident dont les circonstances concomitantes sont particulièrement dramatiques ou impressionnantes**

Selon les juges, de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. Mais, comme un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant *pour la personne qui en est victime*, cela ne suffit pas à le rendre particulièrement dramatique d'un point de vue objectif<sup>26</sup>. De plus, pour les juges, un accident n'est pas particulièrement dramatique lorsque la personne perd connaissance<sup>27</sup> ou ne s'en souvient pas<sup>28</sup> ; toutefois une brève amnésie ne remet pas en cause le caractère impressionnant de la chute d'une cycliste au milieu du trafic<sup>29</sup>. De même, rester accrochée une minute à la prise électrique avant de perdre connaissance est particulièrement impressionnant<sup>30</sup>, tout comme l'agression gratuite d'une personne frappée au visage dans un lieu public, par surprise, avec un objet en verre, qui sait immédiatement qu'elle va être défigurée et perd une grande quantité de sang, est une circonstance concomitante impressionnante propre à entraîner un trouble psychique pendant 10 ans et 8 mois<sup>31</sup>. Les voies de l'assureur sont impénétrables aux accidentés...

## 2. Gravité des lésions physiques

D'après les tribunaux, certaines lésions physiques sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Par exemple, un accident par brûlure peut entraîner une phobie des sources de chaleur<sup>32</sup>.

Ainsi, une plaie avec perte importante de substance à la jambe et qui nécessite deux interventions chirurgicales tout en laissant d'importantes séquelles esthétiques et diminue la résistance de la jambe à l'effort est une lésion physique grave<sup>33</sup>. En revanche, la fracture des côtes, additionnée d'une fracture non déplacée des os du nez, de plaies, de contusions, ecchymoses et entorse de la cheville suite à une agression dans un bar ne sont pas des lésions graves<sup>34</sup>. Dont acte.

## 3. Durée anormalement longue du traitement

Seul compte le traitement thérapeutique nécessaire en vue d'améliorer l'état de santé à l'exception des contrôles chez le médecin<sup>35</sup>. Apprenons qu'une durée de deux à trois ans est normale pour un coup du lapin<sup>36</sup>.

## 4. Douleurs physiques persistantes

L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité<sup>37</sup> ; les douleurs doivent être propres à entraîner un trouble psychique<sup>38</sup>, ce qui n'est pas le cas lorsqu'un facteur psychogène persiste.

## 5. Degré et durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques

Pour l'assureur, il n'y a pas d'incapacité de travail si l'assuré est apte à exercer à plein temps une nouvelle activité adaptée aux séquelles de l'accident<sup>39</sup> ; il en va de même si un facteur psychogène joue un rôle prépondérant dans l'incapacité de travail<sup>40</sup>. Enfin, lorsque ce sont des troubles psychiques en lien de causalité naturelle avec l'accident qui font échec à la reprise d'une activité, le critère de l'incapacité de travail liée aux lésions *physiques* n'est pas rempli<sup>41</sup>. *Ite missa est*.

Les deux derniers critères permettant d'apprécier la gravité d'un accident afin de juger s'il peut être la cause d'une souffrance psychique donnant droit à des prestations de la LAA, soit les « erreurs de traitement qui aggravent les séquelles de l'accident » et les « difficultés et complications au cours de la guérison », n'ont pas donné lieu à une jurisprudence intéressante. Nous ne nous y attarderons donc pas.

## Refus ou diminution de prestations

Une caractéristique de l'assuré, une attitude ou une faute de sa part peuvent altérer le lien de causalité entre le choc et ses suites, diminuant d'autant son droit aux prestations.

## Prédisposition constitutionnelle aux troubles psychiques déclenchés par l'accident

La LAA étant une assurance sociale, elle ne peut pas écarter de sa protection les personnes qui souffrent d'une prédisposition constitutionnelle les rendant naturellement plus faibles que la moyenne des assurés. Ainsi une jeune femme qui souffrait d'une prémorbidité compensée au moment d'un viol a pu être indemnisée pour une incapacité de travail pendant les sept ans qui ont suivi, sa faiblesse constitutionnelle n'ayant pas interrompu la causalité adéquate<sup>42</sup>.

Cependant, l'assurance ne saurait faire supporter à la communauté des assurés toutes les suites d'une prédisposition constitutionnelle qui aggrave à l'infini les conséquences de l'accident. L'assurance veut éviter de verser interminablement des indemnités journalières à des personnes souffrant de névrose de revendication. Puisque l'expérience démontre que la névrose de revendication cesse après règlement du cas<sup>43</sup>, il est recommandé de mettre fin aux prestations périodiques par le versement d'une indemnité sous forme de capital unique<sup>44</sup>.

Parfois, c'est la personnalité de l'assuré qui amène à nier le lien de causalité adéquate entre l'accident et le trouble psychique qu'il provoque. Ainsi, une personne blessée à l'arcade sourcilière suite à un accident de la circulation souffrait d'un syndrome post-traumatique qui l'empêchait de reprendre son travail ; l'expertise a démontré que l'évolution déclenchée par l'accident était exclusivement due à la personnalité hystérique antérieure de l'intéressée de sorte que le lien de causalité adéquate a été nié<sup>45</sup>. Dans un autre cas, une assurée souffrant d'un état de stress post-traumatique et d'un épisode dépressif moyen suite à un accident de bicyclette avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 70 % ; ce taux a été réduit à 35% en raison d'un trouble préexistant de la personnalité émotionnellement labile, type borderline décompensé<sup>46</sup>.

## Faute grave de l'assuré.

Une telle faute interrompt le lien de causalité en ce sens que si l'assuré n'avait été gravement négligent il ne souffrirait pas de façon aussi intense<sup>47</sup>. C'est le cas de celui qui s'est assis sur la rambarde de son balcon, les jambes dans le vide et a chuté<sup>48</sup> ou de celui qui, violemment pris à partie dans un lieu fermé, invite son agresseur à s'expliquer dehors où il se fait tabasser<sup>49</sup>.

## Attitude de l'assuré après l'accident

Lorsqu'il refuse de suivre les traitements nécessaires ou de se soumettre à des mesures de réadaptation, l'assuré viole son obligation de diminuer le dommage. Cet état



d'esprit négatif de la victime après l'accident influence la causalité adéquate et peut mener à des diminutions de prestations.

### Le traitement et la rechute

L'assureur accident couvre le traitement médical des lésions résultant de l'accident<sup>50</sup> ainsi que ses rechutes. Il lui arrive d'estimer qu'un soin n'est pas nécessaire par l'accident ou que la rechute est sans lien de causalité adéquate avec l'événement initial. Cette opération intellectuelle, pas toujours limpide pour l'assuré, finit parfois devant le TF.

Ainsi, l'extraction de deux implants mammaires a été considérée comme un traitement adéquat pour supprimer les suites somatiques et psychiques d'un accident de la circulation à la suite duquel l'assurée avait développé une peur secondaire de voir ses implants se désintégrer<sup>51</sup>.

Ainsi, une assurée avait pu reprendre son activité professionnelle 18 mois après un braquage puis s'était retrouvée en incapacité de travail suite à une confrontation à avec ses agresseurs dans le cadre du procès pénal. Le TF a donné tort à l'assureur, qui refusait de voir cette nouvelle souffrance psychique comme une conséquence du premier choc, considérant qu'une affection psychique paraissant guérie pouvait se manifester à nouveau chez la victime d'un délit d'une certaine gravité et que cette nouvelle incapacité de travail d'origine psychique devait être prise en charge au titre de rechute<sup>52</sup>.

### Triste conclusion : du suicide vu comme un accident ou comme une libre décision

La souffrance psychique mène parfois à un suicide dont les conséquences financières peuvent être prises en charge par la LAA. Si le suicide est considéré comme un accident, les conséquences médicales du *suicide raté* sont couvertes par la LAA alors que le *suicide réussi* ouvre le droit à une rente pour les survivants<sup>53</sup>. En revanche, la LAA ne verse aucune prestation à celui qui a provoqué intentionnellement son décès<sup>54</sup>, ni à ses survivants. La question juridique est donc de savoir si le suicide, incontestable enfant d'une souffrance aiguë, est un accident ou le fruit du libre arbitre. Et le droit a des moyens bien à lui de pénétrer les consciences.

Juridiquement, le suicide n'est un accident que si l'assuré a été, sans faute de sa part, totalement incapable de se comporter raisonnablement au moment du passage à l'acte<sup>55</sup> en raison notamment d'un trouble psychique. L'acte doit être insensé et avoir pour origine une maladie mentale symptomatique. Un simple geste disproportionné, au cours duquel le suicidaire apprécie unilatéralement et précipitamment sa situation dans un moment de dépression ou de désespoir ne suffit pas à en faire un accident.<sup>56</sup>

Prouver l'incapacité de discernement au moment de l'acte oblige à des expertises vétilleuses, à une évaluation pénible et chicanière des faits précédents précédant le geste fatal et débouche in fine sur des décisions peu compassionnelles envers les protagonistes du drame. En cas de doute ou, d'expertise indécise, il n'existe pas de principe juridique selon lequel il faudrait statuer en faveur de l'assuré<sup>57</sup> : c'est lui qui supporte les conséquences de l'absence de preuve<sup>58</sup>.

Ainsi, l'effet paradoxal du médicament anxiolytique qui provoque un état d'angoisse et de panique soudaine et incontrôlable étant rare, l'absorption de ce médicament par un assuré qui n'avait pas de tendance suicidaire attestée avant le tentamen ne suffit pas à démontrer son incapacité de discernement<sup>59</sup>.

Ainsi, le sentiment de perte de contrôle et les fluctuations d'humeur, qui sont les symptômes classiques d'un état dépressif, ne constituent pas l'indice d'une incapacité de discernement : procéder dans le souci d'épargner à sa famille la découverte de son corps est incompatible avec l'hypothèse d'une incapacité de discernement<sup>60</sup>.

Ainsi, l'effet de l'alcool et du Xanax ont pu lever les inhibitions et atténuer la capacité de discernement d'un assuré qui redoutait une rupture avec son amie, mais non pas l'abolir<sup>61</sup>.

Ainsi, cet assuré suicidaire qui, après des années de dépression, s'est défenestré en laissant un message d'adieu mais ne souffrait pas de troubles psychotiques manifestes (hallucinations ou idées délirantes) qui abolissent habituellement le discernement n'a pas vu sa capacité de discernement abolie par le trouble dépressif et le trouble de la personnalité<sup>62</sup> qui le tenaillaient<sup>63</sup>. Les conséquences de son suicide avorté sont restées à sa charge ...

Que celui qui peut comprendre comprene<sup>64</sup>.

---

### Notes

- 1 Art. 4 LPGA.
- 2 8C\_207/2014.
- 3 Elle est entrée en vigueur il y a un siècle, le 1<sup>er</sup> janvier 1918.
- 4 Art. 10, 16, 17, 18, 20, 21 et 24 LAA.

- 5 Pierre Angelozzi, La dualité de la causalité adéquate en assurance accidents et en responsabilité civile sous l'angle des traumatismes de la colonne cervicale et des troubles psychiques, SJ 2009 II, 181, 206, citant un ATF 107 (année civile 1981).
- 6 dépressif récurrent, stress post- .
- 7 8C\_441/2017.
- 8 8C\_441/2017.
- 9 8C\_519/2014.
- 10 8C\_208/2016.
- 11 8C\_929/2015.
- 12 8C\_96/2017.
- 13 8C\_929/2015.
- 14 8C\_567/2017.
- 15 8C\_567/2017.
- 16 Une chute de 4,5 mètres n'est pas grave, 8C\_657/32013.
- 17 8C\_776/2017, 8C\_773/2017.
- 18 8C\_259/2016.
- 19 8C\_729/2016.
- 20 8C\_729/2016.
- 21 8C\_96/2017.
- 22 8C\_96/2017.
- 23 8C\_493/2017.
- 24 8C\_96/2017.
- 25 8C\_259/2016.
- 26 8C\_776/2017, 8C\_773/2017.
- 27 8C\_493/2017, 8C\_657/2013, 8C\_383/2013.
- 28 8C\_804/2014.
- 29 8C\_929/2015.
- 30 8C\_729/2016.
- 31 8C\_96/2017.
- 32 8C\_398/2012 (d).
- 33 8C\_929/2015.
- 34 8C\_459/2017.
- 35 8C\_383/2013.
- 36 Pierre Angelozzi, La dualité de la causalité adéquate en assurance accidents et en responsabilité civile sous l'angle des traumatismes de la colonne cervicale et des troubles psychiques, SJ 2009 II, 181, 193.
- 37 8C\_459/2017.
- 38 8C\_729/2016.
- 39 8C\_776/2017, 8C\_773/2017.
- 40 8C\_56/2018.
- 41 8C\_208/2016.
- 42 8C\_412/2015 (d).
- 43 Pierre Angelozzi, La dualité de la causalité adéquate en assurance accidents et en responsabilité civile sous l'angle des traumatismes de la colonne cervicale et des troubles psychiques, SJ 2009 II, 181, 208.
- 44 artArt. 23 LAA.
- 45 ATF 113 V 321.
- 46 8F\_32017.
- 47 Art. 37 al. 2 LAA.
- 48 8C\_85/2014.
- 49 8C\_459/2017.
- 50 Art. 10 LAA.
- 51 8C\_112/20214.
- 52 8C\_519/2014, résumé sur le site de Pro mente Mente sanaSana.
- 53 Art. 28 et suivants LAA.
- 54 Art. 37 LAA.
- 55 Art. 48 OLAA.
- 56 8C\_195/2015.
- 57 8C\_175/2015.
- 58 8C\_85/2014.
- 59 8C\_812/2015.
- 60 8C\_195/2015.
- 61 8C\_591/2015.
- 62 Borderline avec des traits narcissiques, une incapacité d'entretenir une relation et de l'inconstance.
- 63 8C\_175/2015.
- 64 Matthieu 19: 12.
-

## SURVEILLANCE DES ASSURÉS, ABUS DES ASSUREURS

Par Shirin Hatam,  
LL.M. juriste, titulaire du brevet d'avocat

Les services médicaux régionaux interdisciplinaires (ci-après SMR) ont été créés lors de la 5<sup>e</sup> révision de la loi sur l'assurance invalidité, en 2008, pour offrir aux Offices AI (ci-après OAI) des « connaissances spécialisées en médecine des assurances »<sup>1</sup> nécessaires à évaluer les conditions médicales du droit aux prestations ainsi qu'à établir les capacités fonctionnelles de l'assuré à exercer une activité lucrative<sup>2</sup>. Il était reproché aux médecins traitants une absence de connaissances suffisantes en médecine du travail et des assurances pour se déterminer sur capacité résiduelle de travail de leurs patients. Les SMR existent désormais, financés par l'assurance invalidité, soit l'argent démocratiquement prélevé sur les salaires des assurés. Ces SMR doivent garantir que les rentes sont versées à bon escient, c'est-à-dire lorsque l'atteinte à la santé empêche l'accomplissement du travail et qu'elle n'est plus soluble dans aucune mesure de réadaptation au monde professionnel.

Après 10 ans d'expérience et alors que le peuple vient de donner aux OAI la base légale nécessaire à « observer secrètement un assuré » se trouvant « dans un lieu qui est visible depuis un lieu librement accessible »<sup>3</sup> lorsqu'on le soupçonne d'être moins malade qu'il n'y paraît, penchons-nous un peu sur le sérieux avec lequel ces instances accomplissent leurs tâches.

Les OAI ont pris la sale habitude de passer outre l'absence de base légale suffisante pour surveiller les assurés<sup>4</sup> : ils mandatent des détectives privés qui, après avoir installé un traceur GPS sous le véhicule de l'assuré<sup>5</sup>, rapportent fidèlement vidéo et photos que les OAI soumettent aux médecins du SMR pour avis sur la santé de l'objet de leur filature.

Certains médecins du SMR, guère dotés de compétences pointues en médecine du travail et que n'étouffe pas la conscience professionnelle, jettent un œil désinvolte sur ce matériel de caniveau pour se prononcer sur la santé psychique de la personne filmée ou photographiée, sans l'examiner ni voir son dossier médical. Et l'OAI de supprimer la rente sur avis de ces Diafoirus du XXI<sup>e</sup>. Il revient alors au Tribunal fédéral d'expliquer à l'OAI et son talentueux SMR que des photographies ou des vidéos ne permettent pas de conclure à l'amélioration d'un trouble psychique<sup>6</sup>. Une première décision dans ce sens rendue en janvier 2018 n'a pas empêché l'OAI du canton de Vaud et sa Doctoresse E du SMR d'estimer, 8 mois plus tard, qu'ils pouvaient supprimer une rente et réclamer la res-

titution de 37'298 CHF sur la base d'un rapport d'observation dont la consultation avait permis à cette surdouée de la médecine des assurances de conclure que l'assuré avait une capacité de travail ainsi que de mettre en doute la sévérité de l'atteinte psychique retenue par ses médecins traitants. A nouveau le TF a dû expliquer qu'on ne peut pas estimer la sévérité d'un diagnostic psychique sans se fonder sur des éléments médicaux.<sup>7</sup>

Pour deux assurés qui se défendent et obtiennent gain de cause à grands frais judiciaires, combien subissent les conséquences d'une décision cynique autant qu'illé-gale ? Et enfin, dans quel espace de tolérance les assureurs vivent-ils pour accepter des médecins du SMR ce qui enverrait un médecin traitant devant le tribunal pénal ? Établir un certificat médical sans voir le patient, ou sur la base d'un examen superficiel, poser un diagnostic qu'on ne peut poser au vu de sa formation ou se contenter de reprendre ce que dit le patient sans le constater soi-même dans le but procurer un avantage à son patient, c'est commettre un faux certificat médical (art. 318 CP) voire un faux dans les titres (251 CP), à tout le moins par négligence. Mais, qu'un médecin du SMR atteste la bonne santé psychique d'un assuré sur la base d'une photo et sans analyse de constatations médicales, dans le but de procurer un avantage à l'assureur en lui permettant de supprimer une rente, ce serait gagner honnêtement sa vie, quoique sans effort et sans scrupule ?

Constatant que l'AI va dans une direction insoutenable médicalement et que les mesures de surveillance coûtent très cher pour traquer 0,3% d'abus, le Dr. Michel Romanens, Président du Verein Ethik und Medizin Schweiz (VEMS) propose, avec sept autres professionnels<sup>8</sup>, d'établir une Commission paritaire indépendante pour décider des mesures de surveillance. Bonne idée pour autant que cette commission ne soit pas composée, comme certains SMR, de professionnels peu scrupuleux...

---

### Notes

- 1 Message concernant la 5e révision du 22 juin 2005 FF 2005 4215, 4326
  - 2 Art. 59 de la loi sur l'assurance invalidité
  - 3 Proposition de révision de la loi sur la partie générale des assurances sociales sur laquelle nous voterons le 25 novembre
  - 4 La Suisse a été condamnée pour ce fait par un arrêt de la Chambre de la Cour européenne des droits de l'homme dans une affaire du 18 octobre 2016 Vukota-Bojic c/ Suisse requête no 61838/10
  - 5 Voir l'état de fait de 9C\_371/2018
  - 6 9C\_342/2017
  - 7 9C\_371/2018
  - 8 Bulletin des médecins suisse 2018 ; 99 (36) : 1191-1194 article en allemande avec résumé en français fédéral
-

## LIVRE : « UN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE MIS EN LUMIÈRE : MARSENS (PASSÉ/PRÉSENT) »

Écrit de manière indépendante par une journaliste intéressée par la psychiatrie, ce livre est le fruit d'investigations menées sur les pratiques et le fonctionnement de l'hôpital psychiatrique de Marsens durant ses 143 ans d'existence (1875-2018) : les thérapeutiques de choc, l'ouverture (et la fermeture) des portes, la mise sur pied d'ateliers thérapeutiques, les moyens de contention, la structure de l'hôpital avec ses unités, la composition et la hiérarchie des médecins et du personnel soignant, les crises traversées par l'institution... l'histoire de cet établissement fribourgeois y est décrite sans fard. On découvre comment l'institution parle d'elle-même, mais pas seulement. Pour l'auteure, ce fut une évidence d'y associer le pôle humain, au cœur même du thème. Elle est allée recueillir la parole de ceux qui sont la raison d'être de l'hôpital : les patients, tout en donnant également la parole aux soignants. Ainsi, 28 témoignages – sur la période allant de 1960 à 2018 – ponctuent cet ouvrage, qui touche à un domaine de la santé encore peu exploré, particulièrement du point de vue de ses usagers.

Un contact pris avec le Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM) a débouché sur l'interview d'un médecin-cadre du Centre de soins hospitaliers de Marsens (dénomination de l'hôpital psychiatrique fribourgeois) en avril 2018. Cette interview clôt le livre.

L'ouvrage se compose de deux parties : le passé (de 1875 à 1980) et le présent (de 1981 à 2018). Il est illustré de photos anciennes dans la première partie, et d'œuvres réalisées par des patients dans la deuxième partie. Des citations de psychiatres (C.G. Jung, R.D. Laing, A. Bottéro, M. Sassolas...) et d'autres auteurs, tout particulièrement celles du sociologue américain Erving Goffman – auteur du livre *Asiles*, paru en 1968 – mettent en perspective les sujets traités, ainsi que les témoignages.

Le livre est préfacé par le Préfet de la Gruyère, M. Patrice Borcard, et soutenu par le Service de la culture du canton de Fribourg.

Livre richement illustré, 22 x 28 cm, 168 pages

Prix : 49.-

En vente dans les librairies fribourgeoises  
dès le 10 novembre 2018

et sur le site des Editions Au fil du temps :  
[www.editions-aufildutemps.ch](http://www.editions-aufildutemps.ch)

LETTRE TRIMESTRIELLE  
DE L'ASSOCIATION ROMANDE  
PRO MENTE SANA

RUE DES VOLLANDES 40  
1207 GENÈVE  
TÉL. 0840 0000 60 (TARIF LOCAL)  
FAX 022 718 78 49  
CCP 17-126 679-4

[info@promentesana.org](mailto:info@promentesana.org)  
[www.promentesana.org](http://www.promentesana.org)