

EGUZKILORE

(Flor protectora contra las fuerzas negativas)

Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología
San Sebastián, N.º 10 - 1996.

• T. Fernández de la Vega. La población desplazada	11
• A. Giménez Pericás. Deberes y derechos de las víctimas	23
• L. Lledot Leira. La libertad condicional	45
• A. Messuti. Obligaciones humanas	57

JORNADA INTERNACIONAL: “Actualización de la Psiquiatría legal: el ingreso involuntario ...”

• I. Azkuna. El consentimiento informado	71
• Mª J. Conde. Protección de los derechos humanos	75
• R. Eiselé, B. Busino y J. Guimón. Les hospitalisations psychiatriques à Genève: le cas des entrées non volontaires	79
• J. García-Campayo y C. Sanz Carrillo. Transmisión de los conocimientos psiquiátricos a los nuevos jurados	99
• A. Iruin. Normativa administrativa y conflictividad	113
• E. López, J. Medrano, L. Osa, E. Aristegui y M. Silva. Evolución de los ingresos involuntarios en una UPHG	123
• G. Portero. Valoración médico forense de la enfermedad mental	135
• J. Mª Unanue. Intervención frente a la emergencia	149
• I. de Miguel. La Psiquiatría como instrumento de apoyo	165

CURSO DE VERANO: “Menores infractores en el tercer milenio desde la Criminología y la Victimología”

• L.M. Bandrés Unanue. Actuaciones de la Diputación Foral	171
• A. Beristain. Menores infractores-víctimas ante las N.U.	177
• E. Giménez-Salinas. La mediación en la justicia juvenil	193
• J. Urrea Portillo. Ética, razón y empatía	213
Dureza emocional prematura	229
Niños y jóvenes víctimas de agresión sexual	237
• I. Germán y A. Rodríguez. Los valores en la actualidad	255
III Promoción de Master y IX de Criminólogos	263
Nombramiento de Miembro de Honor a Eduardo Chillida	269
Memoria del IVAC-KREI	271
• Índices de Eguzkilore: año 1976 y años 1987-1996	331

LES HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES À GENÈVE: LE CAS DES ENTRÉES NON VOLONTAIRES

Roland EISELÉ,

*Médecin chef de service adjoint,
Département de psychiatrie,
HUG*

Barbara BUSINO,

*Chef de clinique adjoint,
Département de psychiatrie,
HUG*

José GUIMÓN

*Directeur médical du
Département de psychiatrie
HUG*

Resumen: En la ciudad de Ginebra se observa desde 1990 un aumento de los ingresos psiquiátricos involuntarios. Tras un breve recorrido histórico de la legislación, se describe la situación actual en base a datos clínicos. Se muestra la política de alternativas a la hospitalización que se ha desarrollado con la creación de centros ambulatorios, tendente a favorecer el respeto a los derechos de los pacientes de cara al ingreso y al consentimiento informado.

Laburpena: Ginebra hirian 1990. urtetik gogoz kontrako ospitalizazioen gehiagotzea nabarmendu egin da. Gaiari buruzko legegintzan zehar ibilbide historiko bat egin ondoren, datu klinikoetan oinarrituz gaurko egoera azaltzen da. Halaber, adierazten da zentru ambulatorioen sortzearekin garatutako ospitalizazioari aukerazko politika, gaixoen eskubideei errespetoa laguntzen duenak ospitalizazio eta adierazitako baimenaren alde.

Résumé: À la cité de Genève on peut voir depuis 1990 une augmentation des hospitalisations psychiatriques involontaires. Après un bref historique de la législation, on décrit la situation actuelle sur la base de quelques données cliniques. On montre la politique d'alternatives à l'hospitalisation qu'on a développée avec la création de centres ambulatoires, tendant à favoriser le respect des droits des patients vis à vis de leur hospitalisation et de leur consentement informé.

Summary: An increase of involuntary psychiatric admissions has been observed in Geneva since 1990. After a brief historical overview of legislation on the matter, current situation is described by means of clinical data. The policy of alternatives to hospitalization is pointed out in relation to this development through the establishment of ambulatory centers. This one tends to favour respect of patients' rights regarding admission and informed consent.

Palabras clave: Psiquiatría, Hospitalización Involuntaria, Consentimiento Informado, Instituciones Psiquiátricas.

Hitzik garrantzizkoenak: Psikiatria, Gogoz kontrako ospitalizazioa, Adierazitako baimena, Psikiatriarako Erakundeak.

Mots clef: Psychiatrie, Hospitalisation Involontaire, Consentement Informé, Institutions Psychiatriques.

Key words: Psychiatry, Involuntary Hospitalization, Informed Consent, Psychiatric Institutions.

1. INTRODUCTION

L'hospitalisation psychiatrique non volontaire représente, avec la privation de liberté qui en découle, un sujet de préoccupation pour les patients, les associations de défense des malades, les soignants, et le système judiciaire.

Les développements des théories les plus avancées dans le domaine de la compréhension des maladies psychiques, et leurs impacts sur la prise en charge des patients n'ont pas permis d'effacer complètement une image chargée depuis des siècles d'un passé peu rassurant. Cependant les hospitalisations d'aujourd'hui sont centrées sur des soins et des traitements limités à l'épisode aigu et intégrées dans la prise en charge ambulatoire sur le lieu de vie du patient, elles ne sont plus le lieu de la chronicité. Même réduites en durée, et en nombre les hospitalisations restent un recours et une fonction inévitables dans le cadre du réseau de prise en charge des patients psychiatriques. Elles représentent souvent une solution à la souffrance de certains malades et de leur entourage, mais parfois aussi une protection contre le danger pour soi ou les autres⁵. L'enjeu majeur est celui de promouvoir des garanties de protection des patients, sur le plan du droit, tout en assurant une meilleure santé mentale et la qualité des services qui traitent ceux qui en ont besoin. La Constitution de l'OMS de 1946, définit la santé comme "un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité" et précise que "le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain" et que "les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées". Le Comité d'experts de la santé mentale de l'OMS déclare en 1949 que "le principe le plus important est d'encourager l'inscription, dans les programmes de santé publique, de l'obligation de sauvegarder la santé mentale de la collectivité au même titre que sa santé physique". Depuis une cinquantaine d'années environ, à Genève comme ailleurs, la politique des responsables médicaux de l'institution psychiatrique et celle des dirigeants a été celle d'une ouverture de l'hôpital. La planification d'un service psychiatrique moderne a comporté la création progressive de moyens thérapeutiques ambulatoires diversifiés dans le but de réduire le nombre et la durée des séjours à la clinique et d'assurer le suivi à long terme des patients ainsi que le meilleur accès aux soins. Un autre aspect, qui procède de la même intention, a été de promouvoir la notion de traitements et de soins intensifs et d'équiper en conséquence l'hôpital psychiatrique, tant sur le plan de l'organisation que sur celui de la dotation en personnel. Ce mouvement a conduit à un service hospitalier plus médicalisé, plus ouvert et favorisant les entrées libres. Toutefois, dans ce contexte, le nombre croissant des entrées non volontaires, qui se confirme et s'amplifie ces dernières années, semble être contraire à l'évolution souhaitée et soulève plusieurs questions. Quelles causes pourraient être à l'origine de cette évolution? Il s'agit certainement d'un phénomène complexe et multifactoriel. Plusieurs variables doivent être considérés; d'abord le patient et ses données cliniques, sociodémographiques, puis l'institution, son cadre de soins, ses structures en évolution, et enfin les modifications de la loi sur les personnes atteintes d'affection mentales.

2. HISTORIQUE DES HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES

2.1. Evolution des établissements et structures de soins

Une évolution parallèle à celle de la législation s'est dessinée dans l'histoire des établissements de soins pour les malades mentaux à Genève.

Autrefois, la peur de l'aliéné a poussé les citoyens et ceux qui les gouvernaient, à mettre celui-ci au ban de la société, à le reléguer hors de la cité. Les aliénés étaient alors traités davantage en prisonniers qu'en malades, souvent détenus au cabanon ou au cachot, parfois enchaînés ou entravés dans des camisoles de force. A Genève, ils séjournèrent dans un établissement au nom évocateur: «La Discipline». La loi sur l'organisation judiciaire de 1770 place sous la vigilance du pouvoir administratif la mission «de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés ou les furieux laissés en liberté». Le sort de ces malheureux préoccupe cependant plusieurs citoyens. Et Abraham Joly (1748-1812), alors qu'il dirigeait l'hôpital général, abolit l'emploi des chaînes et des rolliers de fer, tout comme le fit Philippe Pinel à Bicêtre, à la même époque. En 1835 on décide de supprimer la «Discipline» et d'édifier un établissement pour malades mentaux, sur les plans d'un hospice considéré alors comme modèle du genre, celui de Wakefield en Angleterre, créé par Daniel Hack Tuke. En 1838, à son ouverture cinquante-sept malades y sont admis. Moins d'un demi-siècle plus tard, cet hospice ne répond plus aux besoins, il est soumis à de graves critiques et finalement déclaré inadapté à la prise en charge des malades. Le crédit de construction pour un établissement comptant de trois cents à trois cent cinquante malades, de trente-cinq à quarante infirmiers et vingt autres employés est voté en 1894. C'est en 1900 que l'asile psychiatrique de Bel-Air est inauguré¹¹.

Depuis, la conception des soins psychiatriques hospitaliers va de plus en plus s'orienter vers la notion de maladie et de traitement. On s'efforce de «protéger le malade contre la société, à sauvegarder ses biens et sa personne, tout en gardant le souci de mettre la société d'actes insensés ou dangereux de certains de ces malades». En 1946 on modifie le terme d'asile, pour le nommer clinique psychiatrique de Bel-Air. La clinique connaîtra une ouverture progressive, et dès 1950 une augmentation marquée des entrées libres. Parallèlement il y a eu une volonté de maintenir le patient psychiatrique dans son milieu et pour cela la création et le développement, lent tout d'abord, de structures de soins à l'extérieur de la clinique. Ainsi en 1929, la polyclinique de psychiatrie a été ouverte, un premier pas, modeste pour «qu'un patient puisse chercher conseil vers un spécialiste, en dehors de l'asile». Après la mise en place des traitements pharmacologiques efficaces, les séjours brefs sont plus nombreux et dès 1957 les admissions annuelles dépassent pour la première fois le nombre de lits occupés². Les ressources extrahospitalières vont connaître un développement constant en particulier avec la création d'un centre psychosocial en 1963, qui regroupe différents lieux de soins, puis des aménagements tels que les centres de thérapie brèves qui représentent une alternative à l'hospitalisation.

2.2. Evolution de la législation

Loi sur le placement et la surveillance des aliénés (loi de 1838)

La toute première loi qui régit, à Genève, le placement et la surveillance des aliénés entre en vigueur le 1er mai 1838. Cette loi vise à protéger l'aliéné contre la société, mais surtout à protéger la société contre l'aliéné, considéré alors comme un malade gênant, récalcitrant ou dangereux. L'internement se fait sur autorisation du Lieutenant de police ou du maire de la commune après entrevue avec l'intéressé, sauf si un médecin l'a examiné auparavant et a donné son préavis. L'établissement destiné au traitement ou à la garde des aliénés ne peut y recevoir ou y retenir personne sans autorisation du Lieutenant de police. Cette dernière est limitée à 6 mois, elle est renouvelable. Les autorisations et les renouvellements accordés par le lieutenant de police doivent être transmis au Procureur général dans les 24 heures. Des réclamations peuvent être formulées contre les autorisations, les renouvellements et toutes les difficultés relatives au placement. La sortie doit se faire dès que les causes ayant motivé l'internement cessent et elle doit être approuvée par le Lieutenant de police.

Les établissements qui hébergent des aliénés sont placés sous la surveillance du Conseil d'Etat. Le lieutenant de police, le Procureur général et ses substituts sont admis à les inspecter chaque fois qu'ils le jugent opportun. Un règlement de 1877 donne au département de Justice et Police la compétence d'accorder aux malades, sur préavis du médecin de l'établissement, des autorisations de sortie provisoire. Si la réintégration ne se fait pas dans un délai d'un mois, la sortie devient définitive.

Loi sur le régime des aliénés (loi de 1895)

L'adoption de nouvelles dispositions légales est motivée d'une part par la construction du nouvel établissement, à Bel-Air, destiné à recevoir les aliénés et d'autre part pour adapter le droit à l'évolution de la prise en charge des patients. Le législateur renonce à définir ce qu'on entend par "un aliéné" et laisse donc aux médecins la responsabilité d'apprécier qui est sain d'esprit ou aliéné. Sont soumis à la loi, outre les épileptiques présentant un désordre mental, et les alcooliques, tous les malades dont l'état mental serait de nature à compromettre la sécurité, la décence, la tranquillité publique ou leur propre sécurité.

La création d'un **Conseil de surveillance des aliénés** composé de cinq membres nommés par le Conseil d'Etat représente l'innovation majeure de la loi de 1895. Ce conseil est composé de médecins et de juristes. Son rôle se résume ainsi:

- Visite de tous les établissements d'aliénés au moins deux fois par an.
- Surveillance de la stricte observation des lois et règlements concernant les aliénés,
- Compétence pour ordonner un internement.
- Préavis sur l'ouverture ou la fermeture et les règlements de tout établissement avant l'approbation du Conseil d'Etat.

- Vérification de la légitimité des entrées dans les établissements d'aliénés.

Le principe de base du placement des aliénés demeure le même à savoir qu'il se fait sur autorisation du Département de Justice et Police. Les modalités d'internement peuvent revêtir trois formes.

En cas d'internement d'extrême urgence, lorsqu'il y a danger manifeste pour la sécurité des personnes, les directeurs d'établissements publics peuvent recevoir des aliénés sur la base d'un certificat médical mais ils doivent "obtenir dans les 24 heures l'autorisation du Département de justice et police.

Hormis les cas d'extrême urgence, il y a les placements d'office et les placements volontaires. Les premiers sont ordonnés par le Département et sont réservés aux cas qui, selon la loi nécessitent l'urgence et notamment aux aliénés abandonnés, indigents ou dangereux". Les placements volontaires sont demandés par écrit par un parent, un ami ou par le malade lui-même et doivent être appuyés par un certificat médical. Toutefois ce ne sont pas des entrées librement consenties. Tous les placements sont considérés comme provisoires pour une durée maximale de trois mois. Le Conseil de surveillance doit statuer sur la prolongation de l'internement, sur la base d'un rapport émanant du médecin de l'établissement. Cette procédure est alors renouvelée tous les six mois, le cas échéant. La sortie doit être autorisée par le Département de Justice et Police avec avis au Conseil de surveillance des aliénés. Le placement comme la sortie doivent, par ailleurs, être signalés dans les quarante-huit heures au Procureur général.

Loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (loi de 1936)

Cette nouvelle loi introduit diverses innovations importantes:

- La surveillance générale du régime des malades mentaux est désormais confiée au **Département de la prévoyance sociale et de la santé publique**.
- La notion de placement volontaire introduite dans la loi de 1895 est très sensiblement améliorée, pour la première fois, par celle **d'admission libre**.
- Pas plus qu'en 1895, la loi de 1936 ne définit le malade mental. Ce sont toujours les sujets "dont l'état mental est de nature à compromettre la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques ou leur propre sécurité".
- L'hospitalisation d'un malade dans un établissement est soumise à l'autorisation du Département de la prévoyance sociale et de la santé publique, délivrée sur la base d'un certificat médical circonstancié, exposant les symptômes de la maladie et les motifs qui nécessitent l'admission.
- L'autorisation du Département n'est pas nécessaire dans deux situations. Premièrement lors d'une admission libre, le patient consent par écrit à son admission. Il peut alors être reçu sans autre formalité que la production d'une attestation médicale constatant que son état mental justifie cette mesu-

re. Deuxièmement, lorsque l'admission est ordonnée par une autorité judiciaire. Le détenu, le prévenu, l'inculpé ou encore le prévenu déclaré irresponsable en raison de son état mental peut être hospitalisé à la requête du Procureur général, du juge d'instruction ou du tribunal compétent, mais toujours sur la base d'un avis médical voire d'une expertise médicale.

La loi de 1936 apporte un souffle nouveau. Elle permet à l'asile de devenir véritablement une clinique médicale et de perdre ainsi son caractère de lieu de détention où les aliénés sont considérés comme des délinquants contre lesquels la société doit se défendre. D'ailleurs, le législateur a pris soin de supprimer des termes tels que "aliéné, asile, internement"¹¹.

Loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques (loi de 1979)

Les changements principaux entraînés par cette loi par rapport à celle de 1936 sont les suivants:

- un transfert des compétences du Département de la prévoyance sociale et de la santé publique vers le **Conseil de surveillance psychiatrique**. Celui-ci donne dorénavant son aval aux hospitalisations et c'est aussi l'organe de recours contre les admissions non volontaires ou lors de sorties refusées par les médecins de l'établissement.
- l'information écrite faite aux malades sur leurs droits, notamment celui de demander en tout temps la sortie et les possibilités de recours.
- l'introduction de critères plus précis pour l'admission non volontaire.
- Le Département de la santé et des affaires sociales n'intervient plus directement. En cas de refus de sortie la demande est immédiatement transmise au Conseil de surveillance qui statue dans les trois jours, après avoir entendu le patient et le médecin. Les décisions prises par le Conseil peuvent faire l'objet d'un recours à la Cour de justice.
- Les hospitalisations sont de trois types:
 1. l'admission volontaire (libre) demandée par le malade qui signe une formule à l'entrée et présente un certificat médical. Le séjour cesse sur décision du médecin.
 2. l'admission non volontaire qui doit réunir trois conditions:
 - le malade doit présenter un *trouble mental*.
 - son état constitue un *danger grave* pour lui-même ou pour autrui.
 - un *traitement ou des soins* dans un établissement psychiatrique s'avèrent nécessaires.

L'entrée non volontaire se fait sur la base d'un certificat établi par un médecin autorisé, indépendant de l'institution. Il doit exposer les symptômes présentés par le malade, les motifs nécessitant son admission et le

degré d'urgence. Cette admission ne peut être maintenue qu'après décision du Conseil. Le médecin de l'établissement décide de la sortie.

3. les admissions d'inculpés atteints d'affection mentale se font au quartier carcéral, sur la base d'un certificat médical. Celles de personnes déclarées irresponsables sur la base d'une expertise médicale. Les hospitalisations ordonnées par la Chambre des tutelles en sa qualité d'autorité de tutelle selon les articles sur la privation de liberté à fin d'assistance du code civil se font avec l'appui d'un certificat médical.

Modifications récentes de la loi de 1979

Différentes modifications ont été faites depuis 1979, notamment pour la rendre compatible avec la loi régissant les rapports entre les patients et les professions médicales.

En 1987, la mise en cellule d'isolement à caractère carcéral est interdite.

En 1989, le consentement éclairé du patient est requis pour toute mesure thérapeutique ou diagnostique.

En 1992, la loi définit les "conseillers - accompagnants". Il s'agit de personnes professionnellement qualifiées, agréés par le Conseil d'Etat auxquelles toute personne hospitalisée peut faire appel.

En 1993, un patient en entrée libre peut quitter librement l'établissement, (principe entrée libre - sortie libre).

Loi concernant les rapports entre membres des professions de la santé et patients (loi de 1987)

Cette loi entre en vigueur en 1987. Elle a pour but de protéger les droits du malade et de lui permettre d'exercer sa capacité de décision dans les traitements proposés et s'applique à tout patient en traitement. Elle apporte les innovations suivantes:

- Elle précise les informations que le médecin doit transmettre au malade afin que ce dernier puisse se déterminer en toute connaissance de cause. A savoir: l'état de santé, les traitements et interventions possibles avec leurs bienfaits et leurs risques éventuels, les moyens de prévention des maladies.
- Cette information faite, elle stipule que le consentement éclairé du patient, capable de discernement, est nécessaire pour toute mesure diagnostique et thérapeutique. En l'absence de discernement, le médecin demande l'accord du représentant légal. Toutefois, lorsque l'intervention thérapeutique est vitale et que le patient n'est pas en mesure de se prononcer, le consentement est présumé.
- Cette loi régit également les visites et le maintien des liens avec l'extérieur qui ne doivent pas être entravés.

Elle autorise le patient à consulter son dossier médical, infirmier et social, sur simple demande écrite.

L'évolution de la juridiction

On constate que l'évolution récente de la loi est sous tendue par la volonté de favoriser l'aspect thérapeutique et les droits du patient, en diminuant le caractère policier et de détention qui prévalait autrefois. Un mouvement important a été fait en déplaçant les compétences pour autoriser les admissions et les sorties de l'autorité de police à celle du département de la santé et enfin par la création d'un organe juridique indépendant et spécifique, le Conseil de surveillance psychiatrique. Plus récemment le législateur s'est intéressé aux droits de la personne et a introduit le consentement éclairé pour les traitements, même en cas d'hospitalisation non volontaire. Enfin le concept d'entrée libre sortie libre qui autorise tout patient entré volontairement à mettre un terme à son hospitalisation sans devoir y être autorisé ce qui n'était pas le cas auparavant. La possibilité de consulter le dossier, le recours à un conseiller va dans le sens de la responsabilisation et de la liberté du patient. Cependant le problème de l'équilibre entre la liberté du patient, son droit au traitement et la sécurité publique mais reste un point de controverse. Il représente un sujet crucial de politique de société et de définition juridique, qui se situe bien souvent en dehors de l'expertise des professionnels de la santé mentale.

3. LA SITUATION ACTUELLE DES ENTRÉES NON VOLONTAIRES

L'augmentation, persistante et croissante ces dernières années, des entrées non volontaires, en proportion et en nombre est elle statistiquement significative? Quels liens peut-on établir avec des changements concernant les données personnelles et cliniques des patients, les structures de l'institution et des soins, et la législation sur les personnes atteintes d'affection psychiatrique? Ces dernières questions seront évoquées dans le cadre de cette étude rétrospective sur dossiers qui n'a pas la prétention d'y répondre de façon définitive.

3.1. Matériel et méthode

Il s'agit ici d'une étude pilote pour essayer de définir certains paramètres caractéristiques des patients en entrée non volontaire. Elle a été faite sur des données disponibles. Il faut noter que lorsque ces dernières n'ont pu être tirées des statistiques médicales et administratives de la clinique elles ont été recueillies au moyen d'un échantillon aléatoire de 50 dossiers de malades ayant fait un séjour en 1995. Ce n'est en effet que depuis 1993 que des données informatisées sur certaines caractéristiques des hospitalisations sont disponibles.

L'objectif est de mieux délimiter des champs d'investigation pour une future étude prospective et de choisir des données pertinentes pour cerner et suivre le problème de l'augmentation des entrées non volontaires. Cette étude porte prin-

cipalement sur l'évolution des 15 dernières années. En effet cette période a comporté des changements importants sur le plan institutionnel, et juridique.

Les variables suivantes sont prises en considération: les caractéristiques des hospitalisations, les diagnostics, quelques données socio-démographiques, l'environnement thérapeutique et le cadre légal. Les données sont tirées des dossiers des patients, des rapports d'activité annuels de la clinique, des rapports annuels du Conseil de surveillance psychiatrique.

3.2. Résultats

3.2.1. Le contexte à Genève

Tout d'abord, il importe de replacer l'augmentation des entrées à la clinique dans le contexte de la psychiatrie genevoise. On a en effet assisté ces dernières années à un accroissement impressionnant des demandes de soins en psychiatrie. Parallèlement une plus grande offre de prestations s'est développée, tant dans le secteur public que privé. Le nombre de psychiatres installés a presque doublé pour se situer aux environs de 200 en 1995. Les dispositifs de soins ambulatoires publics se sont aussi étoffés. La population du bassin de recrutement, qui se limite au canton de Genève, s'est accrue dans le même temps de 10% environ. Elle compte actuellement 400000 habitants. La clinique psychiatrique universitaire reste toutefois le seul établissement habilité à recevoir des patients psychiatriques dans le canton et de fait représente quasiment l'unique possibilité d'être traité en clinique pour les habitants de Genève.

Evolution de l'activité en 10 ans

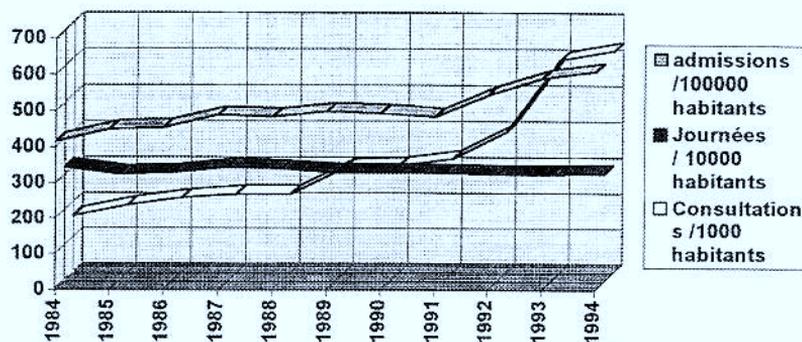


Figure 1. Evolution des prestations de la psychiatrie publique par habitant depuis 1984. Les admissions sont représentées tous types confondus. Les consultations sont le reflet des centres ambulatoires.

On constate une augmentation spectaculaire des consultations ambulatoires, leur nombre a en fait plus que doublé entre 1991 et 1994 (passant de 300 à 610 consultation / 1000 habitants). Les admissions à la clinique ont augmenté de plus

de 40% et ont passé de 400 à 570 pour 100000 habitants. Cependant le nombre des journées d'hospitalisation est resté stable. Le nombre des lits est resté stable durant cette période, la durée des hospitalisations s'est donc restreinte en proportion des entrées. Il faut noter qu'une évolution similaire à été décrite dans d'autres pays industrialisés⁹.

3.2.2. Données cliniques

a. Types d'entrées

Il a paru intéressant de considérer l'évolution du mode d'entrée sur une plus longue période car ce n'est que vers 1940 que les premières entrées volontaires (à la seule demande du patient) ont pu se faire, tout d'abord en nombre extrêmement restreint; la loi avait prévu cette possibilité en 1936.

Entrées non-volontaires et libres

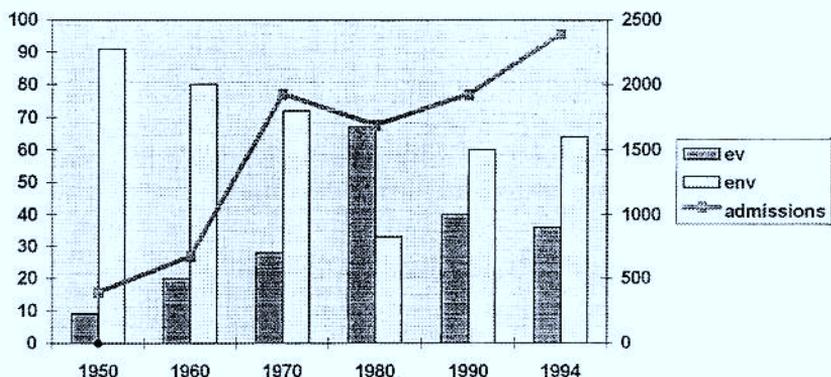


Figure 2. Statistiques annuelles des entrées volontaires et non-volontaires à la clinique psychiatrique depuis 40 ans, en regard le nombre absolu des admissions.

Il y a eu une diminution constante des entrées non-volontaires au cours des années, jusqu'en 1980. A cette époque seul un tiers des admissions étaient non volontaires. Depuis on assiste à une augmentation progressive des entrées non volontaires. Dès 1987 la proportion est inverse, les entrées non volontaires sont désormais majoritaires.

Cette évolution est très certainement à mettre en regard des changements institutionnels. En 1982, la clinique a effectué, en psychiatrie adulte, une diminution de près de la moitié des lits, notamment grâce à la fermeture d'une unité pour patients chroniques et de plusieurs unités de moyens séjours destinées à des patients en entrée volontaire ou en période de convalescence après un traitement en service de soins intensifs. Parallèlement une organisation des soins en secteur s'est mise en place, (entre 1982 et 1984), il y a eu une forte augmentation des ressources extrahospitalières, avec un déplacement des infirmiers dans les consul-

tations ambulatoires et la création en ville de trois centres de crise ouverts 24h/24. Ces derniers ont offert une alternative à l'hospitalisation. Ceci a entraîné un déplacement des soins dans l'ambulatoire pour bien des patients répondant aux critères d'une hospitalisation volontaire. Quand au changement de la loi en 1979 il a modifié l'organisation de la surveillance des établissements mais aussi la définition plus stricte des critères d'admissions non volontaires, exigeant la réunion de trois conditions définies (trouble mental, de danger grave et de nécessité de traitement hospitalier) ce qui en soi devrait diminuer le nombre d'admissions forcées. Ce fut d'ailleurs le cas au début (elles ont progressé jusqu'en 1982).

Plus récemment, en avril 1993, la loi a été modifiée (introduction du principe des entrées libres - sorties libres). Sur les statistiques du système informatique de la clinique (voir tableau 1), on relève une augmentation brusque et significative de la proportion des entrées non volontaires, celles-ci passant de 57% à 63%. Cette coïncidence pourrait-elle être expliquée par le fait que les médecins ont pu craindre d'envoyer des patients en entrée volontaire, dans la mesure où un refus ultérieur du patient d'être hospitalisé va entraîner une sortie immédiate et un risque perçu de rupture de traitement et de mise en danger? Cette hypothèse peut être corroborée par le fait que, sur un échantillon de dossiers, on trouve qu'un patient sur cinq a été hospitalisé en non volontaire, alors qu'il était collaborant et d'accord avec l'hospitalisation au moment de l'entrée, mais il présentait toutefois les critères nécessaires à une admission non volontaire.

	ENV	EV	p (chi2)
1992 (2+ 3 trimestre)	592	442	
1993 (1 trimestre)	315	236	
1993 (2 trimestre)	374	210	0.027
1994 (2+3 trimestre)	753	425	0.000

Table 1. Evolution des ENV en 1993: Augmentation entre le premier et le second trimestre, et entre 92 et 94.

Bien que prise dans une hausse constante on a constaté cette année dès avril (date de l'application de la loi) une brusque augmentation des ENV entre le 1er et 2ème trimestre. Est ce que cette augmentation a été due seulement à l'attitude "prudente" des médecins envoyeurs qui auraient privilégié l'entrée non volontaire de patient réunissant les conditions même si le patient accepte son hospitalisation pour éviter un risque de sortie prématurée? Est elle due à une pratique plus défensive en général, par rapport au risque de responsabilité, en cas de suicide par exemple, le transfert du cabinet à la clinique se faisant plus sûrement au moyen d'une ambulance et en entrée non volontaire?

b. Diagnostics lors de l'admission

L'évolution des diagnostics au cours de ces 15 dernières années a été appréciée au moyen d'un échantillonnage de 100 dossiers par année, prélevés au

hasard dans les archives. Les diagnostics ont été regroupés en quatre classes représentant les cas les plus fréquents de pathologies.

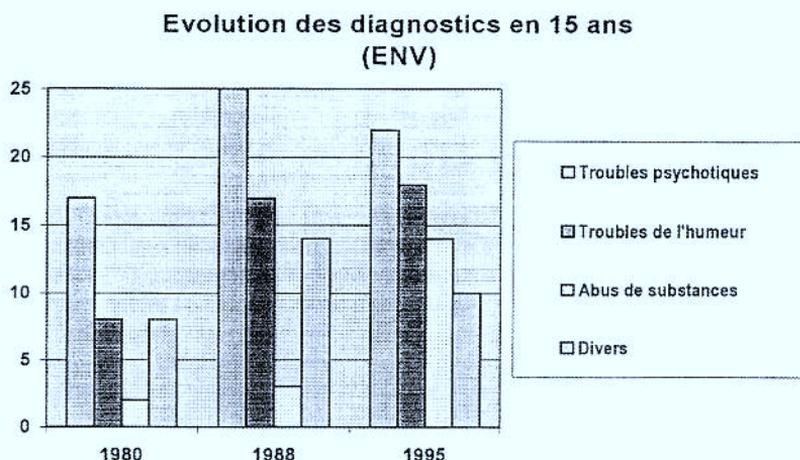


Figure 3. Diagnostics CIM 8 -DSM III répartis en quatre groupes. Les résultats représentent le nombre d'entrées non volontaires, par diagnostic pour 100 entrées.

Les troubles psychotiques restent majoritaires au cours du temps, mais on assiste à une augmentation des entrées non volontaires pour les troubles de l'humeur et aussi pour les abus de substances (alcool surtout). Il n'y a d'explication claire pour ce phénomène, si ce n'est un effet de l'augmentation générale des demandes de soins. Peut être que la situation sociale progressivement plus précaire des personnes qui sont adressées à la psychiatrie fait qu'elles remplissent plus facilement les conditions d'une entrée non volontaire (urgence, risque, et soins impossibles ambulatoires). Par exemple, l'évaluation plus sensible du risque de suicide chez les patients alcooliques de la part tant de l'entourage que des professionnels, peut jouer également un rôle.

La table 2 présente la répartition des diagnostics entre les deux types d'entrées en 1995. On y retrouve une prédominance des troubles psychotiques pour les entrées non volontaires et des troubles liés à l'abus de substances (alcool) dans les entrées volontaires.

	Troubles psychotiques	Troubles de l'humeur	Abus de substances	Divers
N VOL	33% n=11	27% n=9	25% n=8	15% n=5
VOL	24% n=4	18% n=3	53% n=9	5% n=1

Table 2. Répartition des diagnostics selon le type d'entrée, en 1995 n= 50.

c. Type de risque

Cinquante dossiers ont été examinés pour tenter de cerner le type de danger qui a précédé la décision d'hospitalisation. C'est un échantillon pris au hasard parmi

les entrées du premier semestre 1995. Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents retrouvés sont les suivants: danger de suicide, d'agression ou demande en rapport avec un sevrage. A noter que de nombreux patients cumulent plusieurs types de risque. Néanmoins dans 57% des cas d'entrées non volontaire c'est le risque de suicide qui est la cause de la décision d'admission.

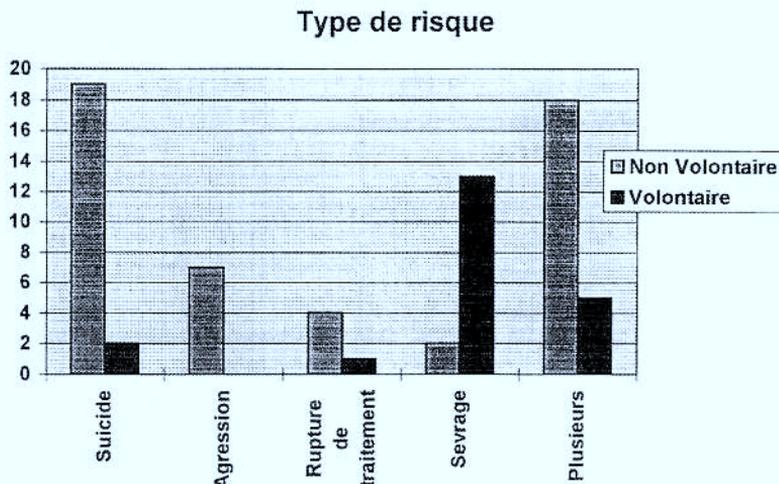


Figure 4. Type de risque. Répartis en quatre groupes: 33 entrées non volontaires et 17 entrées volontaires. N total = 50.

On voit que le risque principal motivant l'admission est le suicide (dans 57% des cas), puis le danger pour autrui (21%) et enfin la rupture de traitement entraînant potentiellement une grave détresse et une négligence dangereuses pour la vie (12%). A noter que de nombreux cas (36%) cumulaient plusieurs de ces types de risques. Les entrées volontaires sont motivées le plus souvent par une demande de sevrage (76%) mais aussi par des risques multiples (30%).

Peu d'études ont été faites sur les critères spécifiques qui ont conduit à une hospitalisation forcée, les seules données recensées. Une étude californienne a donné des résultats semblables dans l'ordre des risques avec 60% des patients dangereux pour eux mêmes, 49% dangereux pour les autres et 30% avaient un risque lié à une grave incapacité de se gérer⁹.

d. Réhospitalisations dans les deux jours

Une des causes possibles d'augmentation des entrées non volontaires pourrait être liée à la plus grande brièveté des séjours provoquant des retours à la clinique durant le même épisode de soins. En particulier les réhospitalisations dans les deux jours pourraient correspondre à un besoin de modification du type d'entrée.

Dans le tableau 3 les retours à la clinique sont recensés en fonction du type d'entrée précédente.

En 1993-94 on a compté sur un total de 4706 séjours (1741 en EV et 2965 en ENV), 181 séjours fait sur la base d'une réhospitalisation dans les deux jours suivants l'hospitalisation précédente, ce qui représente une proportion de 3.85 % des séjours.

	Séjour précédent VOL	Séjour précédent N VOL
Réhospitalisation VOL	2.4% n=42	0.8% n=23
Réhospitalisation N VOL	4.1% n=71	1.5% n=45

Table 3. Mode de réhospitalisation dans les 2 jours en fonction de l'hospitalisation précédente n=181.

On constate que les réhospitalisations sont plus fréquentes après un séjour volontaire, (6.5%) qu'après un séjour en entrée non volontaire (2.3%). Près du double des réhospitalisations faites après une hospitalisation volontaire le sont sous forme d'hospitalisation forcée. Toutefois le nombre global restreint de retours dans les deux jours, soit moins de 4% des entrées ne saurait expliquer à lui seul l'accroissement des entrées non volontaires ces dernières années. Par contre il correspond à une réalité de la pratique clinique, peut être en relation avec la loi entrée libre-sortie libre appelant à une réévaluation du patient sorti prématurément et une nouvelle admission forcée.

e. Durée du séjour en fonction du type d'entrée

En psychiatrie adulte un échantillon représentatif de 600 séjours faits en 1995 la durée moyenne montre une différence allant de 9.34 (sd 13.4) jours pour les EV à 12.67 (sd 14.7) jours pour les ENV. Cette différence s'explique par la forte proportion de demandes de sevrage programmés sur une durée de 5 jours parmi les entrées volontaires. Le tableau 2 montre d'ailleurs cette répartition diagnostique spécifique avec 53% des entrées volontaires pour un diagnostic d'abus de substances (alcool).

3.2.3. Données socio-démographiques

Ces données ont été collectées sur le même échantillon de 50 dossiers en 1995 (33 NV et 17 VOL).

a. L'âge

Les patients en entrée non volontaire ont une moyenne d'âge plus faible soit de 36.2 ans (sd11.73) que les patients en entrée volontaire soit 41.3 (sd 13.2) la différence est significative ($p < .001$).

b. Le genre

46% d'hommes pour les entrées non volontaires et 47% d'hommes pour les entrées volontaires.

d. L'état civil

Les célibataires représentent 51% des en ENV alors qu'ils sont 35% seulement parmi les entrées volontaires.

e. L'emploi

Il y a 42% de rentiers ou chômeurs parmi les entrées non volontaires et 70% chez les patients en EV. Ces derniers chiffres montrent la précarité sociale relative de la population hospitalisée.

f. Autres données socio-démographiques

Les données concernant la profession exercée, l'isolement social et le manque d'emploi n'ont pu être recueillies dans le cadre de cette étude mais on peut noter que dans une enquête faite en 1977 et 87 auprès de la population d'un secteur de psychiatrie publique, on a remarqué un accroissement des situations précaires de la population consultante dans l'emploi mais aussi dans la sphère relationnelle, comme en témoignent l'augmentation des rentiers invalides et des célibataires⁶. Cette aggravation a parfois été évoquée pour tenter d'expliquer le plus grand recours à une aide psychiatrique immédiate en général et les hospitalisations en particulier, en effet un plus grand nombre de personnes se trouvent dans un désarroi grandissant, et dans des conditions peu propices à l'inscription dans des soins organisés, ils recourent davantage aux services d'urgence.

4. DISCUSSION

L'histoire récente des traitements institutionnels a montré que les malades psychiatriques pouvaient la plupart du temps être traités dans leur milieu de vie. L'évaluation clinique des patients mais aussi celle de l'efficacité des traitements et des structures de soins a permis de restreindre les séjours en hôpital psychiatrique et d'ouvrir ces derniers dans une mesure très importante. Le cadre juridique et les lois qui protègent le malade et la société ont accompagné parfois précédé ce mouvement. L'enchaînement des révisions de la loi à Genève concorde avec les changements dans les approches thérapeutiques. Au siècle dernier il s'agissait de créer de nouvelles structures hospitalières plus adéquates, pour remplacer des établissements à caractère nettement plus carcéral. Les deux modifications majeures de la loi, durant ce siècle sont sous tendues par l'affirmation du caractère thérapeutique de l'hospitalisation et par la protection des droits des patients¹¹. Le législateur a suivi les progrès des traitements et de l'organisation des soins en limitant la restriction des droits des malades mentaux dans une mesure qui aurait été impensable auparavant. Une des conséquences a été de renforcer la responsabilité des patients envers leur traitement et leur entourage, en les confrontant davantage à leur milieu mais aussi en leur demandant une adhésion plus volontaire que ce soit pour un traitement ambulatoire ou une hospitalisation. La maladie mentale est souvent niée par celui qui en souffre, c'est une difficulté majeure qui retenti sur l'accep-

tation des patients par leur entourage mais aussi sur leur accès aux soins. Les hospitalisations forcées sont garanties par la loi qui tente à la fois de protéger les patients et la société et qui pour cela met en place trois conditions à une hospitalisation: il faut que soient présents un trouble mental, un danger grave et une nécessité de traitement hospitalier. Cependant aucun de ces critères n'est quantitativement défini, la question du degré relatif laisse donc une large place à l'appréciation du médecin au moment de décider d'une admission non volontaire. Cette nécessité de protéger, de surveiller et les impératifs de la thérapie confrontent les psychiatres mais aussi la société en général à des exigences parfois contradictoires et difficiles à concilier. La tendance relativement récente à déplacer les soins dans la communauté aurait-elle créé un rapport plus conflictuel entre la société et la maladie mentale?¹ Peut être que ce rapport résulte dans l'expression d'une plus grande crainte envers le danger représenté par certains patients. On peut cependant voir dans cette appréhension souvent erronée du risque un reflet de l'augmentation de la violence perçue dans nos sociétés. En fait il s'agit peut-être simplement, dans la société, d'une nouvelle perception de la maladie mentale faite à la fois de détresse, de sentiment de toute puissance malade telle qu'on le constate souvent dans la psychose. On en trouve d'ailleurs le reflet dans l'ambiguïté des personnes souffrant de troubles mentaux face aux hospitalisations non volontaires. Tout en reconnaissant cela fait partie de leur traitement et leur est bénéfique ces patients souhaitent pouvoir le refuser. D'autre part ils se sentent souvent forcés d'accepter des mesures thérapeutiques sous la pression sous forme de persuasion verbale de la part de leurs thérapeutes ou de leur famille⁸. De même une certaine gradation existe dans l'acceptation d'une hospitalisation, qui parfois aux yeux de l'utilisateur n'est ni tout à fait volontaire ni tout à fait forcée⁵, contrairement à la définition de la loi. Cette attitude lors d'une hospitalisation peut très bien influencer la décision d'une hospitalisation non volontaire, en toute légalité puisque les trois conditions sont réunies, même si le patient est partiellement d'accord avec cette mesure. Les critères légaux l'emportent alors sur le discours du patient.

Quels sont les facteurs sous tendant la nouvelle progression des entrées non volontaires? On l'a vu les phénomènes les plus marquants de ces quinze dernières années ont été la réduction des lits, le fort renforcement des structures de soins ambulatoires et surtout l'accroissement très important de toute l'activité de la psychiatrie ambulatoire et hospitalière, enfin une complexité médico-légale plus marquée pour des psychiatres. La réduction des lits d'hôpital psychiatrique et l'augmentation des entrées correspondant à un tri plus sévère des patients présentant un comportement à risque potentiel de dangerosité. D'autre part les patients acceptant volontairement un traitement peuvent le plus souvent être pris en charge par des structures intermédiaires (centre de crise en ville, ou traitements intensifs à la consultation). La diminution des entrées volontaires à la clinique a d'ailleurs coïncidé avec l'organisation des institutions en secteur, le déplacement progressif des infirmiers dans l'extrahospitalier et l'ouverture des centres de crise ambulatoire. L'augmentation des admissions combinés avec la diminution des lits crée une compétition pour les lits disponibles; dans ces conditions seuls les patients les plus graves restent hospitalisés. Le regroupement des patients en un lieu dans lesquels ceux qui ont un comportement instable sont proportionnellement plus

nombreux que ceux dont la présence pouvait ajouter une certaine stabilité à la structure sociale de l'unité, ce qui provoque parfois un sentiment d'insécurité. Cet aspect pourrait aussi favoriser la diminution des entrées volontaires en influençant aussi bien les patients que les thérapeutes susceptibles de les adresser à la clinique. Cependant la gravité symptomatique plus importante des patients hospitalisés en entrée non volontaire n'a pas influencé le cadre thérapeutique, les unités de soins sont toujours ouvertes les doses de neuroleptiques modérées. Les traitements intensifs en chambre y sont toutefois relativement fréquents mais il n'existe pas ici des mesures de contention ni d'isolement. Dans le recueil de données fait pour ce travail, on note les éléments suivants: les durées de séjours sont brèves et ne sont pas massivement différentes pour les deux types d'entrées si on tient compte des groupes diagnostiques les plus représentés, les psychoses pour les ENV et les abus d'alcool pour les EV et du traitement proposé. Une modification des diagnostics au cours du temps n'a pas pu être mise en évidence. Le type de risque le plus souvent évoqué est le suicide. Le problème des réhospitalisations s'il n'est pas massif montre toutefois que 4% des patients en entrée volontaire reviennent en entrée non volontaire dans les deux jours. Une accélération de l'augmentation des entrées non volontaires s'est faite lors de la mise en application de la loi sur les entrées libres-sorties libres sans qu'on puisse prouver que c'est le seul facteur responsable. Une enquête sur les parcours des patients avant l'hospitalisation et auprès des médecins envoyeurs pourrait offrir une voie heuristique pour mieux définir les bases des processus de décision et peut être les causes de l'augmentation des hospitalisations.

Il est intéressant de noter qu'une augmentation inattendue (de 30%) est arrivée en Belgique juste après l'adoption en 1990 d'une loi plutôt restrictive sur les entrées non volontaires, très semblable à celle en cours à Genève depuis 1979. Une explication envisagée avait été de constater que les psychiatres belges se référent principalement à l'application des standards légaux pour prendre leur décision d'internement, alors qu'en pratique les facteurs sociaux, cliniques, voire politiques, peuvent influencer le type d'hospitalisation⁷.

La loi peut être perçue de façon négative pour les traitements, les patients qui en bénéficient, et pour le maintien du cadre thérapeutique. Par exemple lorsque le critère de dangerosité est utilisée de façon restrictive pour décider d'une hospitalisation on risque de provoquer trois effets négatifs. Premièrement des patients qui ne sont pas autrement dangereux que la majorité des patients psychiatriques mais incapables de reconnaître leurs besoins ne peuvent pas avoir accès à un traitement; d'autres moins gravement malades, mais qui ont d'autres caractéristiques (maladie somatique, pauvreté marginalisation) sont à risque d'une privation de liberté à fins d'assistance, qui se fait souvent en hôpital psychiatrique. Deuxièmement un effet pervers possible est l'augmentation des procédures pénales contre les malades mentaux et sous forme des procédures de non lieu assorties d'une obligation de traitement prononcée par l'autorité judiciaire. Troisièmement cela peut malheureusement amoindrir la perception des limites entre les malades mentaux et les délinquants, avec en fin de compte un risque de favoriser des détentions des premiers dans un but de prévention moralement et légalement très discutables³.

Les procédures de recours contre les hospitalisations sont basées sur le fait qu'il y aurait des personnes hospitalisées sans raison dans des hôpitaux psychiatriques, que l'internement serait dû à un conflit réel entre des parties ayant des intérêts opposés (familles, institution, état et le patient). Elles sont dans de nombreux endroits perçues comme des procédures peu fonctionnelles et trop techniques et contraire à la mise en place d'un traitement. Ce n'est cependant pas le cas à Genève grâce à la présence d'un organisme spécialisé, le Conseil de surveillance psychiatrique. Par contre le refus de traitement et le recours à la nomination d'un tuteur, en cas de manque de discernement, reste une procédure lourde et lente. Les psychiatres se plaignent parfois d'avoir l'impression d'être partie intégrante du système judiciaire devant des procédures qu'ils jugent complexes. La contradiction entre le droit au traitement et le droit de le refuser laissent parfois les psychiatres en position d'être condamnés quoi qu'ils fassent: s'ils prescrivent un traitement, une hospitalisation ou s'ils ne font pas. Cette alternative menace de paralyser le fonctionnement institutionnel et risque d'engendrer des coûts considérables aux dépens des bénéficiaires supposés de ces droits, les patients³. La tendance à établir de petites unités dans la communauté serait la réponse la plus adéquate à ce nouvel environnement social et juridique. Pour éviter ces inconvénients des moyens doivent être engagés, en particulier la création de manuels opérationnels, des supervisions des équipes dans ces domaines, mais aussi des conseils éthiques, et juridiques.

5. CONCLUSION

Le problème des entrées non volontaires est central dans l'appréciation et la perception des patients psychiatriques par la société. Il est intimement lié à la notion de dangerosité. L'évolution des pratiques thérapeutiques mais aussi juridiques encourageantes a permis de dégager d'autres conditions pour l'hospitalisation en améliorant les chances d'adhésion à un traitement et diminuant le risque d'abus de privation de liberté. La loi a précisé, les critères nécessaires en dehors de la dangerosité pour une hospitalisation contraignante, soit la présence de symptômes et la nécessité d'un traitement hospitalier. L'obligation de toujours respecter le consentement éclairé du patient s'il est la plupart du temps une garantie de la qualité des soins et de la relation, il pourrait parfois au contraire conduire à une image carcérale des soins hospitaliers. Dans un contexte de libéralisation des traitements psychiatriques hospitaliers on assiste cependant à une augmentation des entrées non volontaires, sans très bien pouvoir en discerner les causes. Il est donc de toute importance de pouvoir disposer de davantage d'études empiriques sur ce phénomène.

La responsabilité de l'équilibre entre les droits du patient et la protection de la société est une affaire de politique publique, mais la celles des professionnels de la santé mentale se situe dans l'évaluation des situations à risque. Le développement d'instruments prédictif de la dangerosité¹⁰ est hautement souhaitable. Il y a eu en Amérique un intérêt marqué pour l'étude des procédures d'hospitalisation non volontaire rendues par les cours de justice et les modifications de la loi⁹, mais peu

de choses ont été faites pour étudier les prises de décisions médicales, sociales, dans les jours qui ont précédé l'hospitalisation. Pour cela il conviendrait d'examiner les cheminements qui précèdent l'hospitalisation, de retracer le processus de décision et d'évaluer poids de la clinique, de l'environnement, de la société.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. ANDRÉOLI A., "Violence et soins hospitaliers". *Cahiers psychiatriques genevois* 1, 31-45, IUPG, Genève, 1986.
2. BOVIER P., "Les étapes du développement de la psychiatrie à Genève" in *Les services psychiatriques de Genève*, p. 35-43, Imp. populaires, Genève, 1976.
3. BRAKEL S.J., PARRY J., WEINER B.A., *The Mentally Disabled and the Law*. Chicago: American Bar Fondation, 1985.
4. DIAMOND R.J., FACTOR R.M., "Treatment Resistant Patients or Treatment Resistant System?" *Hospital and Community Psychiatry*, 45:3 197.
5. GENOUD P., MÜLLER C., "Etude au sujet des admissions volontaires et non volontaires à l'hôpital psychiatrique". *Archives Suisses de Neurologie et Psychiatrie*, 138, 2, 5-20.
6. LALIVE AUBERT J., *Etude clinique d'une population consultante en psychiatrie de secteur*. Thèse de privat docent, Université de Genève, 1990.
7. LECOMPTÉ D., "The paradoxical Increase in Involuntary Admissions after the Revision of Civil Commitment Law in Belgium". *Med Law* 14: 53-57, 1995.
8. LUCKSTED A. COURSEY R., "Consumer Perception of Pressure and Force in Psychiatric Treatments". *Psychiatric services* 46, 2, 146-152, 1995.
9. MONAHAN J., SALEM A.S., "Dangerousness and Commitment of the Mentally Disordered in the United States". *Schizophrenia bulletin*, 15: 4, 543-553, 1989.
10. SIMON R.I., *Civil Law in Textbook of Administrative Psychiatry*. ed. J. Talbott, R.Hales, S. Keil, APP, Washington, 1993.
11. TAGINI J., "L'Etat de Genève et les institutions psychiatriques" in *Les services psychiatriques de Genève*, p. 14-34, Imp. populaires, Genève, 1976.

TU COMPLEMENTARIO

Mas busca en tu espejo al otro,
al otro que va contigo

Busca a tu complementario,
que marcha siempre contigo,
y suele ser tu contrario

No es el yo fundamental
eso que busca el poeta,
sino el tú esencial

Enseña el Cristo: a tu prójimo
amarás como a ti mismo
mas nunca olvides que es otro.

Antonio Machado, "Proverbios y cantares".