

# ORCEP

## Observatoire romand de la contrainte en psychiatrie

c/o Pro Mente Sana | Rue des Vollandes 40 | 1207 Genève

Courriel : [orcep@promentesana.org](mailto:orcep@promentesana.org)

Téléphone : 077 419 39 44

**Nous vous remercions de votre participation à la création des archives de l'expérience de la contrainte en psychiatrie de l'ORCEP. Le questionnaire rempli et la convention de dépôt signée est à nous retourner par courrier ou par mail aux adresses ci-dessus. Nous restons à disposition pour toute question.**

Dossier d'expérience numéro :

---

*NB : Aucune question n'est obligatoire ; plusieurs réponses peuvent être cochées par question, en particulier si vous vous référez à plusieurs situations de contrainte (possibilité de développer dans l'espace « commentaires »).*

Année de naissance : .....

À quel genre vous identifiez-vous ?

Femme  Homme  Non-binaire

Autre réponse : .....

Lors de votre prise en charge par l'institution psychiatrique, avez-vous été considéré·x·e en tant que :

Femme  Homme  Non-binaire

Autre réponse : .....

Commentaires : .....
.....
.....

Lors de votre prise en charge par l'institution psychiatrique, quel était votre statut légal ?

Citoyen·x·ne suisse

Au bénéfice d'un permis de séjour , lequel ?.....

Sans permis de séjour

Autre réponse : .....

Commentaires : .....
.....
.....

Lors de votre prise en charge par l'institution psychiatrique, quelle était votre activité principale ? .....

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

Lors de votre prise en charge par l'institution psychiatrique, quelle était votre source de revenu (salaire, rente, assurances sociales, etc.) ? .....

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

Lors de votre prise en charge par l'institution psychiatrique viviez-vous :

Seul·x·e  Entouré·x·e de proches  En institution

Autre(s) situation(s) : .....

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

Dans quel contexte avez-vous fait l'expérience de la contrainte en psychiatrie ?

Lors d'une hospitalisation

En établissement socio-éducatif

En ambulatoire

Dans d'autre(s) contexte(s) : .....

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

.....

Hospitalisation non-volontaire/PAFA/PLAFA

Traitement sans consentement

Chambre fermée

Unité fermée

Contention physique

Chemise d'hôpital

Atteinte à l'intimité

Contrainte informelle (pression, chantage, etc.)

Autre(s) situation(s) de contrainte : .....

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

Si vous avez été hospitalisé·x·e :

À quelle(s) période(s) ? .....

Dans quel(s) canton(s) ? .....

Dans quel(s) établissement(s) ? .....

Étiez-vous d'accord avec cette(ces) hospitalisation(s) ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

Votre(vos) hospitalisation(s) a-t-elle (ont-elles) fait suite à une décision de placement à des fins d'assistance (PAFA/PLAFA) ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Commentaires : .....

.....

.....

.....

Lors de votre(vos) hospitalisation(s) non volontaire(s)/PLAFA/PAFA, avez-vous été informé·x·e de votre droit de recours ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous fait recours ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

Est-ce que votre recours a été accepté ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous été informé·x·e de votre droit à être secondé·x·e par une personne de confiance ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous eu recours à une personne de confiance ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Commentaires : .....

.....

.....

.....

Aviez-vous établi des directives anticipées ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Commentaires : .....

.....

.....

.....

Si oui, ces directives anticipées ont-elles été suivies par le personnel soignant ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Commentaires : .....

.....

.....

.....

Avez-vous élaboré un plan de traitement avec un·e médecin ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Commentaires : .....

.....

.....

.....

Avez-vous reçu un traitement médicamenteux ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Commentaires : .....

.....

.....

.....

Si oui, avez-vous été informé·x·e des effets secondaires ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

Étiez-vous d'accord de prendre ce traitement médicamenteux ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

Estimez-vous, avec le recul, que votre(vos) hospitalisation(s) non volontaire(s)/PLAFA/PAFA était(étaient) nécessaire(s) ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

Considérez-vous, avec le recul, que votre(vos) hospitalisation(s) non volontaire(s) vous a(ont) porté assistance ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

C'est avec beaucoup d'intérêt que l'ORCEP recueillera le récit de votre expérience et vos réflexions quant à la contrainte en psychiatrie au cours d'un entretien. Cet entretien sera transcrit et ajouté à votre dossier personnel.

Vous souhaitez faire un entretien avec un membre de l'ORCEP ?

Contactez-nous ou indiquez un numéro de téléphone et/ou une adresse e-mail pour que nous puissions fixer un rendez-vous avec vous : .....

.....

Vous souhaitez ajouter des documents (production littéraire, plastique ou audiovisuelle, documents privés, etc.) à votre dossier ouvert à l'ORCEP ?

Contactez-nous ou indiquez un numéro de téléphone et/ou une adresse e-mail pour que nous puissions fixer un rendez-vous avec vous : .....

.....

Il arrive que l'ORCEP reçoive de la part des médias des demandes d'interventions de personnes concernées par une expérience de contrainte en psychiatrie. Souhaitez-vous que l'ORCEP vous relaie ces demandes ?

Oui  Non

Souhaitez-vous être informé·x·e des activités de l'ORCEP ?

Oui  Non

## Convention de dépôt – Conditions d'accès et d'utilisation de votre dossier

Dossier d'expérience numéro :

Entre la personne dépositaire

Nom : .....

Prénom : .....

et l'ORCEP représenté par

Nom : .....

Prénom : .....

Le dossier personnel que vous ouvrez à l'ORCEP est composé au minimum du questionnaire/formulaire d'ouverture de dossier. Il peut également contenir la transcription de l'entretien que vous aurez fait avec un membre de l'ORCEP et d'autres documents de votre choix. Vous pouvez déterminer les conditions d'accès et d'utilisation de votre dossier selon les modalités ci-dessous.

*NB : L'utilisation des données contenues dans les dossiers par les personnes autorisées suit les règles usuelles de l'utilisation des données archivées dans le respect de la loi fédérale sur la protection des données (LPD).*

Souhaitez-vous rester anonyme ?

Oui  Non

Vous autorisez la consultation de votre dossier (plusieurs coches possibles) :

À des fins de recherche

À des fins de formation

Dans l'intérêt d'associations défendant les causes des personnes concernées par la maladie psychique

Uniquement sur autorisation de votre part

Dans l'éventualité où les activités de l'ORCEP devaient cesser, votre dossier vous sera rendu dans son intégralité.

Vous acceptez de déposer votre dossier à l'ORCEP selon les modalités définies ci-dessus.

L'ORCEP s'engage à traiter vos données et y donner accès selon les modalités définies ci-dessus.

Lieu :

Date :

La personne dépositaire :

Pour l'ORCEP :