

Date de dépôt: 7 septembre 2004

Messagerie

- a) **RD 437-A** **Rapport de la Commission de la santé chargée d'étudier le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant la prise en charge des patients dans le département de psychiatrie des HUG**
- b) **M 1599** **Proposition de motion de la Commission de la santé pour la création d'un ou d'établissement(s) approprié(s) pour l'exécution des mesures ordonnées en application de l'article 43 CPS ou de privation de liberté à des fins d'assistance**

Rapport de M^{me} Jocelyne Haller

Mesdames et
Messieurs les députés,

Avant toute autre chose, la rapporteuse se doit de vous présenter ses plus plates excuses pour le retard considérable avec lequel elle rend ce rapport. Elle tient également à en faire de même auprès de tous ceux dont l'action aurait pu, d'une manière ou d'une autre, être entravée par le délai avec lequel elle rend compte des débats relatifs à cet objet.

Divers facteurs ont généré ce report d'échéance mais, s'ils permettent de l'expliquer, ils n'en constituent pas pour autant une justification, quels que soient les moyens dont nous autres, députés de milice et travailleurs de terrain, disposons pour exercer notre mandat.

Cela posé, il convient de rappeler que la commission s'est réunie pour traiter du RD 437, sous la présidence de M^{me} Jeannine de Haller, les 12 et

19 avril, ainsi que les 3, 10, 17 et 23 mai 2002. Les procès-verbaux ont été rédigés par M. Frédéric Deshusses, qu'il en soit cordialement remercié.

En guise de préambule, il est nécessaire d'indiquer que le « rapport divers » 437 ne répond pas à une demande parlementaire. Il avait été promis à certains députés par M. Guy-Olivier Segond, lorsque celui-ci était à la tête du Département de l'action sociale et de la santé. Son successeur, M. Pierre-François Unger, a souhaité saisir cette occasion pour réaffirmer certaines options politiques de son département en matière de prise en charge des patients dans le département de psychiatrie des HUG. Parallèlement à ce rapport, un document élaboré par le professeur Guillod et traitant des droits des patients psychiatriques a été remis aux commissaires, ce qui a eu pour effet d'orienter les travaux de la commission de la santé sur cette prépondérante question.

Le statut particulier du RD 437 a conduit la commission à s'interroger sur la manière dont notre Grand Conseil serait appelé à se prononcer sur un document qu'il n'a pas sollicité. Il est apparu, notamment, que l'opportunité de présenter un rapport à propos d'un « rapport divers » ne soit pas démontrée. Toutefois, l'article 174 LRGC n'infirmant ou ne confirmant en rien cette hypothèse, les membres de la commission ont convenu de rédiger un rapport pour demander au Grand Conseil de prendre formellement acte du rapport 437.

Sensibles à la latitude offerte par la caractéristique du RD 437, ils ont également souhaité – compte tenu de la pertinence des questions soulevées par les auditions et du caractère récurrent des problèmes mis en évidence par le Conseil de surveillance psychiatrique – assortir le présent rapport d'un projet de motion, joint en annexe, invitant le Conseil d'Etat à :

1. entreprendre sans délai l'étude et la réalisation des besoins des deux quartiers carcéraux (Cluse-Roseaie et Belle-Idée) ;
2. entreprendre sans délai la mise au point d'un programme cohérent pour la création d'un(de) lieu(x) approprié(s) ou pour l'aménagement en un (des) lieu(x) approprié(x) d'un(d') équipement(s) existant(s) hors des établissements publics médicaux ou d'autres établissements publics ou privés de nature médico-sociale pour l'exécution des mesures ordonnées par les tribunaux en application de l'article 43 CPS ou de la privation de liberté à des fins d'assistance au sens des articles 397a et suivants CCS.

Ces préoccupations ont depuis lors, nous le savons, pris une notable acuité, particulièrement en raison de la surpopulation dans les institutions pénitentiaires et de l'inadéquation des conditions de détention pour les

personnes soumises à l'article 43. Il importe donc, et la rapporteuse ne peut l'écrire sans vergogne, que la motion issue des travaux de la commission de la santé soit soumise rapidement à l'attention des députés du Grand Conseil.

La richesse et la diversité des éléments apportés par les auditions motivaient aux yeux de la rapporteuse les comptes-rendus détaillés figurant ci-après. Toutefois, pour le lecteur pressé, une brève synthèse est livrée en fin de rapport.

Auditions :

Audition à Belle-Idée de M. Bernard Gruson, directeur général des HUG et du professeur François Ferrero, chef du département de psychiatrie des HUG

Pour débiter, M. Gruson rappelle la volonté politique qui a voulu faire du domaine de Belle-Idée un espace polyvalent, par opposition à l'ancien hôpital Bel-Air qui était très fortement connoté par les soins psychiatriques. Cette intention a été matérialisée par la construction d'une route reliant l'hôpital de gériatrie au domaine de Belle-Idée et le fait que ce dernier abrite, outre le département de psychiatrie, divers secteurs décentralisés et un campus universitaire. Dans cette perspective, il annonce qu'à l'avenir le site devrait accueillir encore la clinique de médecine interne de réhabilitation, actuellement située à Beau-Séjour.

Il précise que le domaine compte, à l'heure de l'audition, 700 lits, plus de 2000 collaborateurs et que les activités se développent dans une vingtaine de pavillons. Il souligne que, depuis 1993, à une exception près, il n'y a plus de logement de fonction sur le domaine de Belle-Idée.

En ce qui concerne plus particulièrement le département de psychiatrie, le professeur Ferrero remarque que, par nature, « la psychiatrie ne peut pas ne pas être problématique », il lui paraît donc normal que la prise en charge des patients dans ce domaine de la médecine suscite des débats.

Pour mieux saisir la complexité de cette approche, il propose à la commission quelques éléments de présentation du département qu'il dirige. Celui-ci compte près de 1000 collaborateurs. Environ 8000 patients y sont soignés en milieu hospitalier et 7000 de façon ambulatoire, pour un total de 125 000 consultations par an. L'importance accordée par le département de psychiatrie au développement des soins ambulatoires l'a amené à se déployer sur plus de 40 sites répartis sur le territoire cantonal. Enfin, en ce qui concerne la formation, près de 100 médecins-psychiatres et psychothérapeutes étaient alors formés dans son département.

Le professeur Ferrero montre ensuite l'ampleur de l'augmentation des hospitalisations au département de psychiatrie durant ces dix dernières années. Il ressort de cette présentation que, durant près de vingt ans, la courbe d'augmentation des hospitalisations est restée stable. Dès 1991, une forte augmentation s'amorce, de sorte qu'en dix ans le nombre d'hospitalisations a plus que doublé. Il est à noter, cependant, que la structure qui accueille ces patients n'a pas évolué de manière similaire, ce qui ne va pas sans provoquer de crise pour ce département. Les actes effectués en milieu ambulatoire ont également augmenté, passant de 40 000 à 180 000 consultations par an. L'aspect de la surcharge du secteur ambulatoire est trop souvent occulté déplore le professeur Ferrero, qui souligne encore que cette augmentation générale du recours aux soins psychiatriques n'est pas propre à Genève.

De la comparaison avec divers autres cantons suisses du nombre de lits pour 10 000 habitants (cf. annexe), il apparaît que le ratio genevois se situe en deçà de la limite « gérable », compte tenu de l'augmentation décrite plus haut. La volonté politique genevoise de réduction des lits d'hospitalisation, appliquée sans tenir compte de cette réalité, montre là ses limites.

Quant à l'origine de l'accroissement de la demande en soins psychiatriques, certaines causes multifactorielles peuvent être avancées avec une relative certitude grâce aux études épidémiologiques effectuées en Suisse. Parmi les résultats, les faits suivants méritent d'être soulignés :

- Une personne sur deux est touchée durant sa vie par des problèmes psychiatriques, que ce soit pour elle-même ou pour l'un de ses proches.
- Certains malaises sociaux sont reportés sur le domaine psychiatrique.
- Les malades ont de moins en moins d'inhibition à consulter un psychiatre ou un psychothérapeute.
- Les troubles psychiatriques débutent très tôt.

A ce propos, le professeur Ferrero signale que la moitié des premiers troubles se manifestent avant l'âge de 20 ans, quelle que soit la maladie considérée. Ce qui amène les services des D^{rs} Manzano et Ladame à être débordés par l'augmentation de la demande de soins. Il met en évidence le fait que le département de psychiatrie est contraint d'accueillir des jeunes dans des pavillons destinés aux adultes. Ainsi, jusqu'en 1994, environ 15 jeunes étaient soignés dans des pavillons pour adultes. En 2002, il s'agit de plus de 60 jeunes, dont l'âge au moment de l'admission diminue.

Il insiste encore sur le fait que les problèmes rencontrés durant l'enfance ou l'adolescence se retrouvent souvent à l'âge adulte. Ce qui se répercute aussi sur l'augmentation des hospitalisations en psychiatrie adulte et gériatrique.

Or, en cette dernière matière, la prise en charge des patients représente un défi pour les médecins, dont très peu sont formés à cette spécialité. La difficulté essentielle réside dans le fait que trois aspects doivent être gérés simultanément.

- les troubles dépressifs massivement constatés chez les personnes âgées.
- les troubles démentiels.
- la polymorbidité somatique (présence simultanée de plusieurs affections).

S'agissant du rapport subjectif à la santé mentale, le professeur Ferrero cite les résultats de l'enquête suisse de santé dont il précise que le taux de réponses obtenues est considérable. A la question de savoir comment les personnes interrogées caractérisaient leur bien être psychique durant la semaine précédant l'enquête, 60% des personnes âgées de 15 à 34 ans répondaient que leur état psychique pouvait être qualifié de mauvais. Ce qui pour le professeur Ferrero indique un potentiel de patients psychiatriques extrêmement important.

Aux multiples questions des commissaires les réponses suivantes sont apportées :

Concernant les troubles bipolaires, ils relèvent d'une forme de caricature sociale. La forme de ces troubles reflète certaines problématiques présentes dans la société en général. Pour ce motif, il n'est pas possible d'attendre une réponse de la psychiatrie seule. Cela constituerait une erreur d'engager sans cesse plus de moyens pour le traitement alors que certains problèmes relèvent d'un malaise social.

Il est difficile d'identifier un changement dans les pathologies diagnostiquées dans la mesure où la classification s'est modifiée depuis les années 70. Il est néanmoins possible de constater que les grandes pathologies décrites dès le début du XX^e siècle sont stables du point de vue quantitatif. *A contrario*, on constate une explosion des troubles de la personnalité et des toxicomanies. Les premiers touchant entre 8 et 10 % de la population générale. Le professeur Ferrero observe que ces troubles indiquent une forme de retrait du monde, un manque de cadres et de repères qui amènent de plus en plus les psychiatres et psychothérapeutes à se placer en position d'éducateurs.

Sur la nécessité de créer des structures d'accueil et de prise en charge pour la petite enfance, il regrette le manque de moyens en matière de pédopsychiatrie qui induit des diagnostics et des prises en charge souvent tardifs. A son instigation un groupe de travail pluridisciplinaire sur ce sujet a

été mis en place. Il ajoute que de plus en plus fréquemment les parents sont désemparés et qu'il convient de traiter cette question parallèlement à celle des très jeunes patients.

Pour ce faire, il estime nécessaire de former des médecins autour de ces problématiques. Les structures seules ne peuvent répondre à ces besoins, il est indispensable de disposer d'une instance de coordination et d'un personnel médical formé et spécialisé dans la prise en charge de très jeunes patients.

A ce propos, M. Unger rappelle que la délégation à la petite enfance se penche sur ces problèmes en vue de combler les vides dans la politique cantonale de la petite enfance. Il informe également les membres de la commission qu'une fondation se préoccupant des problèmes de santé en milieu urbain envisage de construire une crèche spécialisée dans la prise en charge d'enfants souffrant de troubles psychiques.

Le professeur Ferrero infirme l'hypothèse d'un nombre de lits inversement proportionnel au développement de la prise en charge ambulatoire. Il se réfère à la situation du canton de Bâle qui reste, à son sens, l'un des derniers bastions d'une prise en charge psychiatrique hospitalo-centrée qui dispose d'un nombre important de lits au contraire du canton de Vaud, qui lui a développé une politique de soins ambulatoires, tout en ayant conservé, proportionnellement au nombre d'habitants, un nombre de lits deux fois plus élevé que le canton de Genève pour 10 000 habitants.

Il insiste sur le fait que le nombre de lits disponibles se trouve, dans notre canton, au-dessous du seuil critique et que la douloureuse question de « faire de la place » se pose en permanence pour les équipes soignantes.

En réponse à des inquiétudes perçues dans le monde hospitalier, M. Gruson souligne que les moyens nécessaires à la réalisation de la réforme ont été jusqu'ici votés par toutes les instances compétentes. Si le Grand Conseil refusait d'engager les dépenses nécessaires en 2003, il y aurait effectivement un risque d'arrêt du programme, dans la mesure où M. Gruson n'entend pas dépasser les montants alloués.

A la question précise de savoir si les 56 nouveaux postes et les 4,85 millions destinés aux locaux, mentionnés dans le RD 437 comme devant être affectés au département de psychiatrie, représentent un souhait ou la réalité du budget voté par le Grand Conseil, M. Unger répond qu'il s'agit d'un mélange de souhait et de réalité !

Il explique qu'il y a certes des postes supplémentaires, mais que leur financement n'est pas assuré à long terme. Le Conseil d'Etat ayant considéré qu'il n'était pas raisonnable d'augmenter les postes dans la mesure où les

postes vacants sont en nombre important dans tout le secteur hospitalier, en raison des problèmes de recrutement que l'on sait.

En ce qui concerne les locaux, le magistrat note que décréter le démarrage de nouveaux programmes de soins ne suffit pas si, matériellement, ils ne peuvent être mis en œuvre. Il demeure difficile de trouver des locaux à Genève et les solutions de location sont souvent très coûteuses. M. Unger cite l'exemple de l'OCAI pour lequel des locaux ont été activement recherchés durant dix-huit mois pour aboutir à une solution extrêmement onéreuse.

M. Gruson tient à souligner que les HUG ne manquent pas de moyens. Il note que la pression des assureurs et le principe de réduction des coûts des traitements imposé par la LAMal obligent les HUG à travailler de manière très rationnelle. Des réallocations internes sont sans doute nécessaires, mais les 8000 postes dont les HUG disposent actuellement ne devraient pas être augmentés. Enfin, en ce qui concerne les locaux, des solutions sont à portée de main.

Aux trois questions formelles posées par le président du DASS au professeur Ferrero, à savoir :

- 1- la rupture des conventions passées entre Genève et Vaud relativement à la prise en charge des patients psychiatriques a-t-elle une influence sur le nombre des admissions à Genève ?
- 2- les lits extra-cantonaux ont-ils une utilité en tant que tels, c'est-à-dire en dehors d'une évaluation quantitative ?
- 3- si le nombre de lits par 10 000 habitants est un indicateur du potentiel de prise en charge du département, l'amélioration des relations avec les psychiatres et les psychothérapeutes de ville serait-elle susceptible d'améliorer la situation de crise décrite par le professeur Ferrero ?

Ce dernier indique que les lits extra-cantonaux ont deux effets contradictoires. D'une part, ils permettent à certains patients d'être hospitalisés dans un univers médical dont ils ne sont pas connus, d'autre part les hospitalisations extra-cantonaux se font principalement à la clinique de la Métairie, soit généralement en hospitalisation volontaire, ce qui entraîne un déséquilibre entre le patient, dont la prise en charge est plutôt légère, et celui pour qui une intervention plus lourde est nécessaire et qui ne peut être hospitalisé hors du canton. Il mentionne le cas de figure des hospitalisations de malades sous le régime de l'article 43 CPS qui ont quintuplé et qui ne peuvent être placés hors du canton. Il remarque que si leur nombre total est relativement faible, ces situations complexes alourdissent considérablement le climat de travail. En 2001, 43 hospitalisations extra-cantonaux ont été

effectuées pour une durée moyenne de vingt-et-un jours, soit l'équivalent de trois lits occupés en permanence sur une année.

En ce qui concerne les relations avec les psychiatres de ville, il rappelle qu'il avait obtenu que les psychiatres vaudois assurent des gardes.

Le professeur Ferrero fait mention de l'augmentation des actes violents dans le cadre du département de psychiatrie, dont le nombre s'élève à environ un incident grave par semaine.

Il confirme, en outre, la sérieuse corrélation entre l'augmentation de la demande en soins psychiatriques et la crise économique qui a frappé la Suisse, et plus particulièrement Genève depuis 1991. Il en veut pour preuve les courbes de croissance parallèles du nombre d'hospitalisations psychiatriques et du taux de chômage. Il remarque à ce propos que le recours à l'assurance invalidité constitue l'une des voies de sortie du chômage.

Ce constat amène un commissaire à formuler le souhait d'aller plus avant dans cette réflexion car il lui paraît plus important de chercher à résoudre la crise en s'attaquant à ses causes plutôt que d'augmenter la capacité d'accueil du département de psychiatrie, alors qu'un autre commissaire réfute le caractère déterminant de la détérioration du contexte économique et social dans l'augmentation de la demande de soins.

Le professeur Ferrero précise qu'il ne pense pas que la crise économique soit la cause unique de cet accroissement ; néanmoins, il s'agit d'un élément d'explication non négligeable. Il met en évidence l'accroissement du taux d'anxiété dans la population et ses multiples incidences. Il indique, par exemple, le fait que de n'avoir jamais vu ses parents travailler est une circonstance particulièrement déstructurante pour un enfant. Il déclare que les acteurs de soins réfléchissent aux nouveaux besoins de façon relativement anticipée à Genève et que les actions préventives y sont de plus en plus pratiquées.

Une autre commissaire, rappelant que Genève dispose du plus grand nombre de psychiatres par habitant, se demande si cette représentation importante de médecins n'engendre pas une demande en soins en conséquence. Elle s'interroge également sur l'emphase mise, durant ces dernières années, sur les droits des patients, qui peut conduire un patient à refuser un traitement qui lui serait manifestement nécessaire.

Dans le même sens, il apparaît aux yeux de certains que des psychiatres de ville pourraient être découragés de faire des gardes de nuit car les patients peuvent ressortir le matin suivant leur hospitalisation. Certains demandent, en outre, si l'on dispose de chiffres relatifs aux effets pervers de la loi sur les hospitalisations psychiatriques.

A cet égard, le professeur Ferrero relève que le nombre de psychiatres par habitant à Genève est égal à celui de Bâle. S'agissant du droit des patients, il faut se remémorer que notre canton est à la pointe dans ce domaine qui était encore très peu développé il y a quinze ou vingt ans. Toutefois, il reconnaît qu'il est de plus en plus difficile de convaincre un patient de suivre un traitement dans le contexte social où l'absence de repères domine et où les malades sont de plus en plus jeunes. Il rappelle que dans ces situations, il est possible d'avoir recours à la curatelle de soins. Il remarque que la loi actuelle met l'accent sur l'urgence par opposition au traitement au long cours, ce qui alimente cette difficulté.

Une autre commissaire, en contact professionnellement avec des adolescents et des jeunes gens, constate la taille réduite des équipes d'encadrement sanitaire et psychologique dans les établissements scolaires. Elle estime que ces dernières devraient être renforcées dans le sens où elles proposent une prise en charge de proximité bien en amont de l'hospitalisation psychiatrique. Le professeur Ferrero abonde dans ce sens, mais il rappelle que la question des effectifs dans ce type d'établissements ne relève pas des compétences du département de psychiatrie, mais du Service de santé de la jeunesse. Concernant la question relative à l'opportunité de parler du suicide dans les cycles d'orientation, il exprime le regret que la presse et le public en général occultent le fait que le nombre des suicides diminue de façon continue.

A la question de savoir si les ré-hospitalisations consécutives à des sorties prématurées en raison du manque de lits sont susceptibles de fausser la statistique d'augmentation de la demande en soins, il est répondu que les ré-hospitalisation n'influencent pas la courbe d'augmentation de la demande de soins, puisque lorsque cette courbe est calculée en faisant abstraction des ré-hospitalisation, on obtient la même inclinaison.

Une commissaire souligne l'immense difficulté d'accès aux soins pour une certaine catégorie de la population. Elle évoque enfin le changement fréquent du médecin référent qui ne favorise pas l'établissement d'une alliance thérapeutique et entraîne une difficulté pour le patient à suivre un traitement de manière régulière. Pour avoir été fréquemment confrontés à des patients sortis plus tôt que prévu sans que les partenaires extra-hospitaliers n'aient été informés, elle s'interroge enfin sur les critères qui entrent en ligne de compte dans les évaluations préluant aux sorties. Aux yeux du professeur Ferrero, l'aspect relationnel est essentiel dans le traitement psychiatrique. Quant aux préparations des sorties, elles constituent une inquiétude permanente pour les équipes de soins.

En guise de conclusion à cette audition, sont rapportés ici les propos retenus par un commissaire de l'exposé du professeur Ferrero. Belle-Ideé reçoit des patients de plus en plus lourds, tant du point de vue médical que du point de vue social, néanmoins, dans le domaine psychiatrique, la solution ne semble pas être l'augmentation continue des moyens à disposition, mais plutôt leur réorganisation. Dans cette perspective, il rappelle que le Conseil de surveillance psychiatrique affirme depuis plus de trois ans que les malades placés sous le régime de l'article 43 ne doivent plus être hospitalisés au sein du département de psychiatrie des HUG. D'une façon plus générale, il estime que l'importance de l'offre en soins montre actuellement ses effets les plus pervers en raison de l'absence de coordination entre les différents protagonistes qui doivent collaborer pour la qualité de vie des patients.

Sur la question du droit des patients et des problèmes soulevés par son application, il rappelle que lorsqu'il était question de remettre en cause les principes de l'obligation de soins lors de la révision législative de 1993, les personnes consultées avaient fini par s'accorder sur le maintien de la notion de dangerosité. De son point de vue, ces questions se poseront de manière de plus en plus aiguë à mesure que le droit cantonal en matière psychiatrique diminuera.

Enfin, il revient sur l'importance des problèmes d'interprétation et d'application de la loi. Et évoque pour illustrer son propos, le moment où les juges du tribunal tutélaire n'ont pas cru bon « de dire le droit », mais plutôt d'esquiver cette difficulté et de transférer des responsabilités très lourdes sur les proches du patient.

Audition pour l'association Pro Mente Sana de : M^{me} Guichard, présidente, M^{me} Hatam, juriste, et de M. Michel, secrétaire général

Pro Mente Sana est une association de droit privé dont le but est de venir en aide aux malades et aux personnes handicapées psychiques. Cette association est à l'origine de l'institution des conseillers-accompagnants. Elle a été particulièrement active durant l'élaboration de la loi du 7 décembre 1979. Pro Mente Sana est liée par un contrat de prestation avec l'OFAS, d'une part et avec la Fondation nationale Pro Mente Sana dont le siège est à Zurich, d'autre part.

Essentiellement, Pro Mente Sana prodigue des conseils juridiques aux personnes malades et handicapées psychiques relatifs au droit applicable, ainsi que des conseils en matière psychosociale. L'association diffuse des informations concrètes par le biais d'une lettre trimestrielle et organise régulièrement des débats publics. Elle est également active dans le domaine

de la défense des intérêts des malades psychiques, particulièrement durant les procédures d'élaboration ou de modifications législatives. Enfin, l'association organise un psy-trialogue, qui est un espace où se réunissent des malades, des soignants et des proches en dehors des cadres de leurs institutions.

L'association emploie une juriste à 70%, une conseillère psychosociale à 40%, un secrétaire administratif à 30% et un secrétaire général à 100%. Les ressources financières proviennent de subventions fédérale et cantonale.

Les consultations juridiques, effectuées par téléphone, portent essentiellement sur le droit des patients face à l'enfermement, sur la prise de médicaments et sur la tutelle, sur le devoir de soins ou encore sur l'assurance invalidité. L'abondance de ces questions a conduit l'association à éditer des guides à l'attention respectivement des patients et de leurs proches.

A propos du RD 437, M. Michel note que ce rapport résume la situation actuelle et énonce des orientations générales avec lesquelles Pro Mente Sana est en accord. Cependant, il émet des réserves concernant le processus de réforme de la loi qu'il estime s'être déroulé dans de mauvaises conditions, notamment en raison de l'absence de consultation qui l'a caractérisé. Ainsi, la composition de la commission d'experts ne permettait pas d'assurer une véritable représentation des protagonistes. Qui plus est, cette commission n'a eu qu'un nombre limité de séances.

Par conséquent, si Pro Mente Sana approuve les conclusions auxquelles les experts sont parvenus, elle ne peut que déplorer un processus qui, pour M. Michel, génère une certaine détresse et un malaise, notamment au sein des institutions concernées. Il est regrettable, déplore-t-il encore, que la parole des usagers n'ait pas été prise en compte dans le processus de réforme. Les patients représentent, en effet, souligne-t-il, une véritable force de proposition.

Concrètement, si M. Michel constate des améliorations consécutives à la réforme en question, il constate des résistances chez certains médecins. Ce décalage entre la volonté politique exprimée et l'attitude de certains médecins entraîne des conflits.

En ce qui concerne le Conseil de surveillance psychiatrique (CSP), Pro Mente Sana fait écho aux expériences des patients qui, majoritairement, perçoivent ce dernier comme une chambre d'enregistrement des décisions du corps médical et comme une instance répressive, à l'instar de la curatelle de soins.

A la question de M. Unger sur l'opportunité de rattacher administrativement le CSP au pouvoir judiciaire pour supprimer le soupçon de

dépendance qui pourrait lui être actuellement accolé par son rattachement au DASS, les représentants de Pro Mente Sana ne souhaitent pas se prononcer sur un éventuel rattachement au pouvoir judiciaire, ils estiment en revanche que détacher le CSP du DASS serait propre à éviter tout amalgame.

Un commissaire se souvient à ce sujet que la loi de 1936 faisait du CSP une officine du parquet. Le secrétaire général du CSP était alors le greffier du procureur général. Cette situation n'était guère satisfaisante ; c'est pourquoi, en cas de rattachement du CSP au pouvoir judiciaire, il conviendrait, estime-t-il, d'éviter de revenir à cette configuration et de prévoir la création d'une juridiction particulière.

M. Michel mentionne encore que le rapport du professeur Guillod met en évidence que le CSP refuse systématiquement les recours qui lui sont soumis, alors qu'il accorde fréquemment des sorties prématurées, ce qui lui paraît pour le moins paradoxal. Il estime que le critère de dangerosité devrait être remplacé par une conception graduelle des troubles psychiques. Celle-ci devrait faire correspondre à chaque degré défini une possibilité d'action curative.

Sur la manière, enfin, dont Pro Mente Sana se situe à l'égard du consentement éclairé, M. Michel explique que la loi actuelle contient beaucoup de dispositions qui sont mal réparties chronologiquement. Ainsi, lorsqu'une personne présente des troubles psychiques, l'action thérapeutique peut être entravée par un refus. En ce qui le concerne, l'idée qu'une personne toxicomane ou psychotique soit parfaitement libre de donner son consentement éclairé pour un traitement constitue une fiction. Il évoque une étude qui indiquait que des personnes ayant été contraintes de suivre un traitement contre l'alcoolisme exprimaient, *a posteriori*, de la gratitude envers la contrainte qui leur avait été imposée. Cependant, insiste M. Michel, il n'y a jamais de perte de conscience totale et c'est dans ces interstices de conscience qu'il importe de demander au patient ce qu'il souhaite en matière de traitement. C'est le principe des directives anticipées.

Toutefois, selon M^{me} Hatam, il faut considérer que ces dernières sont relativement délicates à établir dans la mesure où il est nécessaire que le patient accepte la perspective d'une nouvelle crise alors qu'il serait, dans ces espaces de lucidité, plutôt porté à rejeter l'éventualité d'une rechute. Il est donc primordial d'apporter une aide active à la préparation et à la rédaction de telles directives.

M. Unger émet des réserves sur le principe des directives anticipées, notamment en ce qui concerne les interrogations déontologiques posées par

celles-là aux soignants lorsque leur contenu est contraire à l'éthique et à la bonne pratique médicale.

Cette remarque ouvre ensuite un large débat sur la prise en compte de la parole des patients, jusqu'à quel point il peut être légitimé, en cas d'altération de ses perceptions, à donner son point de vue sur ce qui peut être considéré comme le mieux pour lui.

M^{me} Mino rappelle que l'ouverture à la parole des patients était effective dans les années 1960. Depuis, subrepticement, sans qu'il soit possible de l'expliquer clairement, elle a disparu. Il lui paraît absolument nécessaire de favoriser à nouveau cette prise en compte de la parole des patients.

A ce propos, M. Michel souhaiterait inscrire au rang des causes de ce processus la forte ambivalence des messages délivrés par les institutions de soins. Il cite le curieux paradoxe onomastique qui veut que les lieux de soins et d'assistance sociale dans les quartiers s'appellent des «CASS». Pour lui, les institutions de soins sont coutumières de pareils messages disqualifiants. Il suggère un audit pour évaluer cet «impensé» institutionnel. Quant à situer le moment où l'ouverture à la parole des patients s'est estompée, il remarque qu'il correspond à une période où, parallèlement à une volonté de changer l'institution, on n'a pas su voir les surdéterminants qui tiraient les institutions dans le sens contraire.

Pour conclure cette audition, la rapporteuse juge pertinent de consigner le constat amené par un commissaire qui constate que la configuration actuelle laisse au pouvoir politique la responsabilité de définir la politique de soins. Pourtant, relève-t-il, si on la considère sous l'angle historique, la détermination de la politique de soins par le pouvoir politique est potentiellement dangereuse. On l'a vu conduire, en d'autres temps et lieux, à des abus inacceptables.

Elle contraint les soignants à transgresser les limites imposées par le pouvoir politique. Ainsi, si dans les années 60, le professeur Ajuriaguerra n'avait pas pris la responsabilité de laisser sortir certains patients du milieu psychiatrique, il n'est pas douteux que les avancées constatées à Genève dans la prise en charge de ces patients n'aient pu avoir lieu. Il lui apparaît donc que le fait de confier au pouvoir politique l'élaboration de la politique de soins est donc, pour le moins, ambigu.

Audition pour le Conseil de surveillance psychiatrique (CSP) de MM. de Saussure et Courvoisier et de M^{me} Traore

En introduction, M. de Saussure précise que le CSP est une émanation de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la

surveillance des établissements psychiatriques (K 1 25). Sa mission consiste essentiellement à veiller au respect de cette loi dans les institutions d'accueil et de soins aux personnes souffrant de maladies psychiques.

Outre les visites qu'il effectue sur l'ensemble des établissements pour assurer une surveillance matérielle, le CSP statue sur les recours contre des hospitalisations non volontaires et des demandes de sorties. Il traite encore toute interpellation relative à des personnes en traitement psychiatrique. Enfin, le CSP assure la surveillance des personnes hospitalisées sous le régime des articles 43 et 44 du code pénal suisse (CPS). M. de Saussure remarque que ces cas sont en augmentation constante. Au moment de cette audition, plus de 120 personnes sont en traitement sous ce régime soit en milieu carcéral, soit à Belle-Idée, y compris encore celles qui bénéficient de soins ambulatoires. Le CSP assure à cet égard un suivi régulier et rend des décisions d'élargissement.

Pour ce qui est du RD 437, le conseil n'a pas pour vocation de se prononcer sur les modes de soins employés dans les établissements. Pourtant, il constate également que la situation de la psychiatrie des enfants et des adolescents est particulièrement délicate et relève que l'on assiste à une aggravation et à une augmentation des troubles qui s'accompagne de plus en plus de violence. Jusqu'ici les médecins ne disposaient que de huit lits en pédiatrie, actuellement une unité destinée à l'accueil d'enfants est ouverte transitoirement à Belle-Idée en attendant qu'une telle unité puisse être installée aux alentours de l'hôpital cantonal.

Concernant les droits des patients qui relèvent directement de la compétence du CSP, M. de Saussure constate que ceux-ci sont très bien respectés, que l'information y relative est bien faite auprès des intéressés. Il considère que la loi est de mieux en mieux appliquée, il en veut pour preuve que le CSP n'a pas eu à intervenir pour faire respecter les dispositions légales.

M. Courvoisier indique que le CSP est composé de quatre médecins-psychiatres, deux médecins généralistes, trois juristes dont un magistrat, deux assistants sociaux et une infirmière. Lors de ses séances plénières, un représentant du Tribunal tutélaire et un représentant du parquet sont présents avec voix consultatives. Le CSP travaille en délégation lorsqu'il doit entendre des patients recourant ou demandant leur sortie. Ces délégations sont composées de deux psychiatres et un juriste. Elles siègent deux fois par semaine à Belle-Idée pour effectuer les auditions. La délégation entend le médecin-chef de clinique et le patient. Les situations sont ensuite soumises au conseil en séance plénière.

M. Courvoisier met l'accent sur le fait que la tâche de surveillance des patients soumis au régime des articles 43 et 44 CPS exige de plus en plus de temps dans les activités du conseil en raison de l'accroissement du nombre de ces situations. Le CSP rencontre ces patients une fois par semestre. Toutefois, en dépit de cette augmentation et des mauvaises conditions de prise en charge de ces patients, il souligne qu'aucun incident n'a été déploré jusqu'ici.

Pour faire suite à la demande de la présidente de la commission, M. Courvoisier explique ce que supposent les articles 43 et 44 CPS. Tout en signalant que ces dispositions de la législation fédérale sont en cours de révision, il précise donc que l'article 43 stipule que si un condamné est reconnu comme ne jouissant que d'une responsabilité restreinte ou comme n'étant pas responsable de ses actes, le juge suspend la peine au profit de trois possibilités : un traitement ambulatoire, une hospitalisation ou encore un internement dans un établissement spécialisé. Malheureusement, Genève ne dispose pas de l'établissement spécialisé prévu par cette loi, de sorte que les patients sont incarcérés à Champ-Dollon qui n'est pas une prison équipée pour les recevoir et pour assurer leur traitement correctement. L'autorité compétente pour lever ce type de mesures décidées par le juge est précisément le CSP. La mesure peut être levée à l'essai ou définitivement. Fréquemment, le CSP ordonne une hospitalisation qui permet d'observer le comportement du patient. L'article 44, quant à lui, vise le placement des personnes alcooliques ou toxicomanes.

En ce qui concerne le rapport du professeur Guillod, M. Courvoisier revient sur le grief qui est fait au CSP de raisonner de façon rétroactive sur les recours. Il considère que cela revient à confondre les deux types de demandes sur lesquelles le Conseil doit statuer. Les recours d'une part et les demandes de sorties d'autre part. Les recours portent sur l'acte d'hospitalisation et il est donc logique que le CSP examine l'état du patient et les motivations du médecin au moment de l'hospitalisation. Il est absurde de tenir compte de l'état du patient au moment du recours pour se prononcer sur la légitimité de l'hospitalisation non volontaire. Au contraire la demande de sortie entraîne un examen du patient au moment du dépôt de la sollicitation.

M. Courvoisier estime que le faible nombre de recours et leur rejet systématique est un hommage indirect à la qualité des décisions des médecins en matière d'hospitalisations non volontaires. Il retient que l'intervention fréquente de SOS Médecin a certainement contribué à l'homogénéité de la rédaction des motifs conduisant à la décision d'hospitalisation non volontaire.

Pour ce qui est des deux modifications de la loi K 1 25 proposées par le professeur Guillod, à savoir l'introduction du principe du testament et le changement de composition du CSP, il les juge de la manière suivante : la

première est inapplicable à Genève où la pratique du testament est peu usitée. On constate en effet que seule une personne sur 5000 teste à sa mort, caractéristique qui, de son point de vue, invalide cette proposition. Quant à la seconde, qui remet en question la composition du CSP en vue d'y associer des représentants des patients, elle lui paraît inopportune. Associer des représentants des patients selon la proposition formulée dans le rapport précité se ferait au détriment des deux sièges des médecins généralistes dont l'apport sur les aspects somatiques des situations des patients est appréciable.

Il réfute l'avis exprimé dans le rapport du professeur Guillod selon lequel le nombre élevé de médecins dans le CSP influencerait sur la manière de considérer les situations. Lui-même, en tant que juriste, tient à s'inscrire en faux contre cette assertion. Quant à remplacer un des médecins dans la délégation qui procède aux auditions par un représentant des patients, cela ne lui paraît pas judicieux. Trois personnes constituent une dimension raisonnable pour les auditions et la présence de deux psychiatres lui paraît importante pour favoriser un véritable dialogue avec le patient. De plus, les critères d'appréciation des demandes et des recours doivent être fondés sur une pratique professionnelle. Le respect des droits individuels impose une telle rigueur qui ne saurait faire place à des critères subjectifs, fugitifs et peu fondés, estime-t-il.

Enfin, sur la proposition du rapport Guillod de supprimer les compétences pénales du CSP, M. Courvoisier ne pense pas qu'il soit judicieux de créer une autre commission proche du pouvoir judiciaire au détriment des considérations médicales. Il admet, toutefois, que l'augmentation du nombre de cas relevant du code pénal nécessite une réorganisation du CSP pour lui permettre d'assurer le suivi.

M^{me} Traore qui, en tant qu'infirmière, ne participe jamais aux délégations, tient cependant à souligner le rôle important des membres du Conseil qui ne participent pas aux délégations. Ceux-ci sont particulièrement attentifs au respect des procédures et à la rigueur nécessaire à l'examen des situations. En outre, le regard infirmier ou celui des assistants sociaux est particulièrement importants lors de visites des établissements. Pour sa part, elle ne voit pas d'objection à intégrer un représentant des patients dans les séances plénières du conseil.

La présidente rappelle que la commission des visiteurs a toujours souhaité visiter les lieux de détention des patients soumis au régime des articles 43 et 44 CPS. M. Segond s'y est opposé, arguant que le CSP procédait lui-même à ces visites. Elle souhaite savoir si le CSP examine également les conditions de détention et à quelle fréquence il effectue ces contrôles.

M. Courvoisier répond que le contrôle périodique est prévu par la loi. Cependant, bien que la Cour européenne des Droits de l'Homme estime que l'hospitalisation non volontaire est une forme de détention, il indique que ni Belle-Idée, ni le quartier cellulaire psychiatrique (QCP) ne peuvent être assimilés à des lieux de détention. Lors des visites du CSP à Champ-Dollon, il n'inspecte pas à proprement parler les conditions de détention, sauf si celles-ci influent sur le traitement de la pathologie du patient.

M. de Saussure attire l'attention sur l'ambiguïté de la position du pouvoir politique relativement aux patients soumis au régime de l'article 43 CPS. L'établissement approprié prévu par la loi fait toujours défaut. De fait, la présence à Belle-Idée de ces patients pose toute une série de problèmes, notamment en ce qui concerne leurs relations avec les autres malades. De la même manière que le rôle des soignants est alourdi et rendu plus complexe encore en raison du fait «qu'ils ne sont pas des gardiens» et que cette fonction est difficilement compatible avec leur mission de soignants. Il est convaincu, de surcroît, que la révision du code pénal entraînera une augmentation du nombre de ces patients.

Quant à savoir si le QCP pourrait être considéré comme un établissement approprié, M. de Saussure souligne son actuelle sur-occupation. Celui-ci dispose de huit lits pour environ une quarantaine de personnes susceptibles d'y être placées. Il est ouvert en permanence et fonctionne selon un système de «rotation» avec les autres unités de Belle-Idée et la prison de Champ-Dollon. Il est précisé que le QCP est destiné aux personnes qui sont trop dangereuses pour les autres unités de Belle-Idée et trop mal en point pour Champ-Dollon.

Pour conclure, M. de Saussure exprime une certaine amertume à l'égard du fait que diverses problématiques soulevées, telles que celle des articles 43 et 44 ou de l'hospitalisation des enfants et des adolescents hors du cadre de Belle-Idée ou encore du renforcement du conseil, n'ont toujours pas trouvé d'écho.

Audition des représentants des conseillers-accompagnant : M^{me} Zoller et M. Brunner

De leur brève présentation, il apparaît que les conseillers-accompagnant (CA) ont été introduits dans la loi K 1 25 lors de la dernière révision de celle-ci. Les CA reçoivent toute personne hospitalisée sous le régime de cette loi qui en fait la demande. Leur activité consiste essentiellement à informer les patients de leurs droits, à leur garantir une écoute, un accompagnement et une assistance dans diverses démarches administratives ou judiciaires.

Parce qu'elle intervient souvent dans une période de crise, l'hospitalisation psychiatrique constitue un moment traumatique, qui s'accompagne souvent de conflits avec les équipes soignantes ou avec les proches. Les principales tensions se manifestent autour du refus de certains médicaments ou des traitements prescrits. Dans ces situations, le CA joue un rôle de médiateur. Dans le rapport de force entre le patient et l'institution, les CA se placent résolument du côté des patients. Toutefois, il ressort que ce parti pris ne fait pas obstacle à l'élaboration de solutions équilibrées aux conflits.

Les CA sont au nombre de sept et ils disposent d'un secrétariat à mi-temps. Ils répondent aux sollicitations des patients dans les 24 heures, 365 jours par an. Un tournus est établi entre les sept CA, chacun assurant, à tour de rôle, une semaine de permanence avec un collègue en 2^e ligne. L'activité de CA se déploie en parallèle avec une autre activité professionnelle.

A propos de leurs liens avec le CSP, les CA sont rarement sollicités pour assister à l'audition des patients, en revanche leur action consiste souvent à relire les documents émis par cette instance afin de s'assurer qu'ils aient été bien compris et voir quelle suite entend donner l'intéressé aux décisions émises. De fait, les CA sont totalement indépendants des institutions psychiatriques, y compris du CSP.

M^{me} Zoller note que les demandes de rencontres formulées par les patients sont en diminution depuis deux ans. Elle attribue ce phénomène à un problème d'information dans le département de psychiatrie. Elle note que, lorsqu'il est répondu à une demande dans une unité, d'autres demandes surgissent suite à la visite du conseiller.

M. Brunner évoque une certaine méfiance dont font l'objet les CA de la part des équipes soignantes. Pourtant, relève-t-il, l'équipe retire également un bénéfice de la médiation dans la mesure où le dialogue peut être rétabli et les relations deviennent plus sereines.

Concernant le RD 437, M. Brunner se réjouit de constater que les approches relationnelles dans le traitement sont largement mentionnées, mais il s'inquiète de la surcharge des unités qui pourrait venir invalider cette ouverture.

Sur l'augmentation du nombre des hospitalisations, M. Brunner déclare que les problématiques qui semblent les plus aiguës aux CA sont similaires à celles indiquées par le RD 437, à savoir la prise en charge des jeunes patients, celle de ceux sous le régime de l'article 43 CPS et l'augmentation des hospitalisations non volontaires. Il souhaite ajouter la difficulté que

représente la surpopulation qui oblige à l'emploi de chambres à trois lits, qui ne sont pas adaptées à des patients psychiatriques. Il met en exergue un autre effet dommageable de la surpopulation : le raccourcissement de la durée de séjour avec des sorties sans préparation préalable.

M^{me} Zoller insiste sur le fait que l'hospitalisation des jeunes gens est particulièrement problématique dans la mesure où ceux-ci sont soudainement confrontés à un monde dont ils ne comprennent pas les usages. De plus, une hospitalisation psychiatrique reste un stigmate pour le jeune lors de son retour en ville.

Relativement aux causes de l'accroissement des hospitalisations, M. Brunner relève que l'hospitalisation semble être la seule solution face à un problème de comportement inadéquat ou agressif. Ainsi observe-t-on un nombre croissant d'hospitalisations non volontaires suite à une intervention de la police. Ce qui ne manque pas d'inquiéter les CA.

Pour rendre compte de leurs activités et relayer leurs observations les CA remettent un rapport d'activité au CSP et au DASS. Par ailleurs, ils s'efforcent de maintenir des relations fréquentes avec les associations s'occupant des droits des patients psychiatriques.

Sur la pénibilité de la situation des personnes soumises au régime de l'article 43, M. Brunner expose que la situation de celles-ci est particulièrement intolérable dans la mesure où aucune action thérapeutique n'est déterminée directement par l'équipe soignante, éventuellement en lien avec le patient. En effet, tout dépend, pour ces patients, du CSP dont les délais de réponse sont très longs. Ainsi chaque demande de courses en ville, pour se rendre à l'église par exemple, doit être soumise à l'approbation de cette autorité. Enfin, dans la mesure où le CSP décide souverainement du moment de la fin des soins, il est difficile de mettre en place un véritable projet thérapeutique. M^{me} Zoller rapporte, qu'*a posteriori*, plusieurs patients soumis au régime de l'article 43 CPS auraient préféré purger une peine de prison dont ils auraient connu le terme plutôt que d'être soignés sans savoir quand prendront fin ces soins. Situation qui génère du désarroi tant pour la personne que pour les équipes soignantes.

Audition de MM. Riesen, Godinat et Saurer pour le Forum Santé

M. Godinat rappelle que le Forum Santé est un groupement réunissant des partis politiques, des syndicats et des associations professionnelles du domaine de la santé. Il existe formellement depuis 1990 et rassemble près de 3000 personnes.

Le Forum Santé se déclare satisfait par le rapport et en accord avec l'ensemble des points qui y sont mentionnés. M. Godinat rappelle encore que le Forum Santé s'était prononcé sur la révision de 1996. Le professeur Waldvogel entendait alors créer à Belle-Idée un pôle de neurosciences, un lieu d'accueil pour les patients violents et mettre en place la sectorisation. Le Forum Santé a pris position en mai 2002 contre l'organisation du département de psychiatrie en fonction des pathologies et en faveur de la sectorisation. Pour cet organisme la notion de secteur est fondamentale. Elle permet de décloisonner respectivement l'ambulatoire et l'hospitalier et favorise une plus grande proximité entre l'institution et le patient. L'organisation par pathologies, en revanche, va à l'encontre des recommandations de la commission d'experts.

La préoccupation exprimée par le Forum Santé en matière de psychiatrie concerne l'application effective de la réforme. Celle-ci semble plutôt compromise par le manque de moyens tant en personnel qu'en locaux.

M. Riesen revient sur le rapport du qui, dressant un tableau positif de l'évolution juridique des droits des patients, met en évidence un certain nombre de points qui pourraient faire l'objet de modifications législatives, notamment la notion de dangerosité. A ce sujet, M. Riesen relève que l'on pourrait envisager deux types de changement : soit trouver une nouvelle solution juridique aux problèmes que pose ce critère dans le cadre de l'hospitalisation non volontaire, soit choisir de transformer les pratiques institutionnelles face à ce critère juridique. Quant à lui, il se déclare favorable à la seconde option. Il faut retenir que les dispositions fédérales sur la privation de liberté à des fins d'assistance ne mentionnent pas la notion de dangerosité. Il faudra nécessairement débattre de ce critère. Le rapport susmentionné propose de remplacer ce dernier par la notion de «besoin de santé». Pour M. Riesen ce changement ne peut s'effectuer que dans les textes de loi, il doit s'ancrer concrètement dans l'approche thérapeutique institutionnelle. Il note que la manière dont le patient vit l'hospitalisation non volontaire serait indéniablement moins violente si on lui offrait le choix de différents modes de prise en charge.

M. Godinat rappelle que le D^r Harding avait été mandaté par l'OMS pour examiner ce critère de dangerosité. La conclusion de cette étude révélait que ce critère n'était pas très pertinent, notamment du fait que son évaluation est particulièrement difficile.

Un commissaire s'étonne qu'au moment même où des meurtres de masse sont perpétrés l'on puisse estimer la notion de dangerosité obsolète. Ce dernier signale que les deux tiers des hospitalisations non volontaires sont décidées par SOS Médecins ou par l'antenne psychiatrique de la DUMC. Il

paraît particulièrement dangereux à ses yeux de supprimer ce critère, qui demeure tout de même un critère médical.

Pour M. Godinat, il ne serait pas adéquat de supprimer complètement ce critère ; Cependant, il faut bien convenir que cette notion ne permet ni de prévoir des actes violents, ni de mesurer le degré de dangerosité. La question de l'évaluation du risque persiste donc.

Sur l'augmentation des entrées et l'incidence de la philosophie de soins sur ce phénomène, M. Saurer souligne qu'il s'agit d'un facteur parmi d'autres, notamment la crise et l'évolution des pathologies. Il remarque qu'une partie des nouvelles entrées sont constituées par des patients « qui viennent de nulle part », c'est-à-dire qu'ils ne sont suivis ni par des psychiatres de ville ni par des institutions. L'essentiel de l'augmentation est dû à ces patients en dehors du circuit avec lesquels le lien thérapeutique est particulièrement difficile à établir. Aussi, dans ce contexte nouveau, le personnel doit être particulièrement motivé et donc fortement encadré, notamment par la direction médicale.

Il se réfère à l'examen mené par la commission d'experts qui a établi au sujet des entrées en psychiatrie adulte, que 4% provenaient des psychiatres privés, 10 % étaient réalisées par SOS Médecins, 6 % étant issues d'autres institutions psychiatriques. Le reste des patients transitant par la DUMC. Dès lors, estime-t-il, ces chiffres génèrent deux hypothèses : soit les psychiatres de ville dispensent de très bons soins et leurs patients n'ont pas besoin d'être hospitalisés, soit les psychiatres de ville effectuent une sélection parmi les patients et les pathologies. Il est vraisemblable, déclare M. Saurer, que les deux hypothèses se confondent.

En réponse à une question d'un commissaire, M. Godinat exprime le sentiment que l'on ne peut parler de désengagement s'agissant des psychiatres de ville. Il constate, néanmoins une claire division du travail entre les psychiatres de ville et l'institution. La majorité des patients des premiers sont atteints de troubles dépressifs et d'anxiété, les autres pathologies sont renvoyées sur l'institution.

Au sujet de la réforme et de ses effets concrets, les représentants du Forum Santé relèvent qu'il y a pour l'heure peu de réalisations concrètes qui puissent être identifiées. Le professeur Ferrero manifeste l'intention d'avancer, mais manque de moyen pour le faire. De manière générale, toutefois, le Forum Santé fait le constat que l'on n'a pas encore avancé vers les objectifs énoncés par la commission d'experts.

Cela d'autant plus que la directive émise par le DASS demandant aux différents départements de faire l'exercice de réduire leur budget de 5 % ne

va certainement pas dans le sens d'accorder les moyens nécessaires à la réalisation de ces objectifs. Politique de restrictions budgétaires qui va manifestement à l'encontre de la politique voulu par le Grand Conseil. De fait, la planification sanitaire se trouve mise en cause par cette directive de M. Unger.

Audition des représentants du personnel de Belle-Idée : M^{mes} Castro, Mora et M. Bondi

Les représentants du personnel indiquent être globalement satisfaits par le contenu du RD 437, qui reprend pour l'essentiel les recommandations de la commission d'experts, dont les conclusions avaient fait l'objet d'un accord avec le personnel et les HUG. Cependant, M. Bondi souligne la lenteur de la mise en place de la réforme. Il précise que si le RD évoque la question des moyens sous l'angle des locaux, il importe de ne pas occulter la nécessité d'assurer l'engagement du personnel adéquat et en nombre suffisant.

M. Bondi revient sur la question du droit des patients à laquelle les syndicats sont résolument attachés. Il considère que c'est une question ardue qui ne sera jamais complètement réglée. A l'instar du rapport du professeur Guillod, il pense qu'il est nécessaire de procéder à certains aménagements. La question de l'information et de la formation du personnel en fait partie.

De l'avis de M^{me} Mora, la dimension de la formation du personnel est primordiale. Il ne lui paraît pas suffisant de diffuser les textes de lois, il faut accompagner le personnel pour lui en expliquer le contenu, pour faire passer l'esprit de la loi en ayant soin de mettre en lien ces textes avec des situations concrètes.

Concernant les lenteurs de l'application de la réforme, M. Bondi remarque qu'un retard a d'emblée été pris dans le processus de décision du conseil d'administration des HUG. Par ailleurs, il semble que les décisions relatives à la réforme ne rencontraient pas forcément l'accord de la tête du département de psychiatrie, ce qui explique la lenteur de leur application.

M^{me} Castro note que le personnel a mal accepté une lettre signée par une large partie des cadres du département de psychiatrie exprimant leur désaccord à l'égard de la réforme.

S'agissant des priorités des syndicats, elles portent sur la mise en place d'un réel système de secteurs. Au moment de cette audition, M. Bondi signale que le modèle n'existe que sur le papier, la réalité est autre : le département est organisé en partie sur le principe des secteurs et pour partie sur le mode du classement par pathologie. Il déplore que la direction du département manque de dynamisme pour réaliser cette réorganisation. Il

rappelle que l'expérience de sectorisation conduite de 1982 à 1985 avait été très enthousiasmante pour le personnel et avait permis de réduire le nombre de lits.

M. Unger revient sur la difficulté de trouver des locaux pour abriter les éléments apportés par la réforme. Il informe la commission que, si des locaux ont été trouvés, leur coût reste élevé, notamment celui de leur transformation. Il estime, par conséquent, qu'il n'est pas pertinent d'imputer le retard de l'application de la réforme au professeur Ferrero.

M. Bondi précise que tel n'était pas son propos, il convient que la baisse de fréquentation des centres de thérapies brèves (CTB) s'est produite avant l'arrivée du professeur Ferrero, en raison vraisemblablement de la grande complication de la procédure d'entrée.

En réponse à la question de M. Unger, les représentants du syndicat, sans se hasarder à faire de la prévision, pensent que l'ouverture des CTB prévue par la réforme permettrait d'absorber l'augmentation des demandes de soins. Ces centres de proximité permettent aux patients de rester dans leur lieu de vie, proches de leur famille et, simultanément, d'y passer ponctuellement des nuits de dépannage.

Quant au critère de dangerosité, les représentants du personnel estiment que la dangerosité ne peut se mesurer et qu'elle est peu prévisible. Elle ne doit pas, à elle seule, représenter le critère déterminant une hospitalisation non volontaire. S'ils confirment que le CSP juge en fonction de la dangerosité, ils estiment que la situation idéale serait que le CSP ne juge pas, mais qu'il procède à des médiations.

En ce qui concerne les patients soumis au régime des articles 43 et 44 CPS, M^{me} Castro déclare qu'elle n'est pas certaine que ces patients seraient plus violents que les autres. La complexité de ces situations se situe au niveau de leur traitement. Les mandats pour ces traitements sont en effet extrêmement rigides, chaque modification suppose un passage devant le CSP, ce qui s'apparente à une procédure administrative plutôt qu'à un acte médical. Il apparaît, selon les chiffres disponibles, que ces situations sont en augmentation.

M^{me} Mino précise que ce sont les cas de personnes soumises à l'article 43 CPS qui augmentent, les cas relevant de l'article 44 – lequel s'applique aux personnes alcooliques et toxicomanes – sont peu fréquents à Genève. Les décisions de privation de liberté à des fins d'assistance sont aussi en augmentation.

Sur la question du recrutement du personnel à propos de laquelle d'aucuns se demandent si, en cas d'allocation de moyens suffisants, il serait

possible d'engager du personnel qualifié, M. Bondi rétorque que Genève ne dispose pas forcément des ressources humaines nécessaires, mais qu'il est vraisemblable que la France voisine dispose encore d'un réservoir de ressources en la matière. Cependant, le problème principal est lié à la question de l'offre de formation et à la valorisation de la formation. Pour lui, il y a un lien évident à établir entre les conditions de travail et de vie et les difficultés de recrutement.

M^{me} Mora rebondit sur cette question pour mettre en exergue son importance. Elle relève qu'au moment de cette audition, les élèves en soins infirmiers psychiatriques se limitent au nombre de huit, alors qu'au moment où elle-même a effectué sa formation, les volées comptaient 25 étudiants. Il y avait à l'époque trois centres de formation et les infirmières en psychiatrie y disposaient d'une formation spécifique intégrant des notions de soins généraux. Cette filière de formation se déroulait sur deux jours à l'école et sur trois jours à l'hôpital. Mais encore, et cela a été sans doute déterminant, les élèves percevaient un salaire décent leur permettant de vivre de façon autonome.

Depuis, la formation spécifique a été supprimée, les élèves suivent une formation en soins généraux durant quatre ans, puis une formation post-diplôme en psychiatrie de deux ans. De l'avis de M^{me} Mora, il conviendrait d'offrir à nouveau la possibilité de formation en emploi.

Au cours de la discussion générale, les représentants du personnel ont encore fait savoir que ce sont moins les problèmes d'équivalence de diplômes qui provoquent la pénurie actuelle que les conséquences d'options politiques consistant à vouloir former des infirmières sous-classées, telles les infirmières-assistantes. A noter que, selon eux, quand bien même des passerelles offrant des compléments de formation ont été mises à disposition, il faut savoir que, pour des raisons pratiques, ces passerelles n'étaient pas accessibles à tout le monde. C'est pour ces motifs notamment qu'ils se montrent réservés sur la perspective de filières menant à un CFC en soins infirmiers. Il serait préjudiciable, à leurs yeux, de rééditer l'erreur commise avec la formation d'infirmière-assistante.

Quelques éléments de synthèse

Les travaux de la commission de la santé sur le RD 437 ont couvert un champ vaste et complexe. La majeure partie des interlocuteurs interrogés se sont exprimés sur l'intérêt présenté par la réforme de la psychiatrie. Cependant, partant d'une simple démarche d'information, la commission s'est trouvée confrontée aux questions sensibles du fonctionnement du CSP,

de la notion de dangerosité, du droit des patients, de l'augmentation de la demande en soins psychiatriques et des moyens qui ne suivent pas pour y répondre. Elle s'est même parfois hasardée sur le chemin sous-jacent de la philosophie de soins.

Le constat du quasi-doublement de la demande en soins psychiatriques depuis le début des années 1990 a notablement marqué les travaux de la commission. Cet accroissement, imputable à diverses causes, trouve une grande part de son origine dans l'évolution des rapports sociaux et la détérioration du contexte économique et social. Il touche principalement de plus en plus de jeunes. Un signal d'alarme est tiré sur l'augmentation des hospitalisations psychiatriques de jeunes enfants et d'adolescents, ainsi que sur l'inadéquation des lieux d'accueil et de prise en charge médicale de ces derniers.

Le droit des patients, après une nette avancée à Genève durant plusieurs décennies, marque le pas. Ce recul est déplorable, mais également symptomatique de par les questions cruciales qu'il soulève : consentement éclairé, directives anticipées, refus ou résistances au traitement, curatelle de soins ou privation de liberté à des fins d'assistance. Autant de concepts qui obligent à l'approche fine, au dialogue, à la négociation avec le patient. Dans cette perspective, la formation du personnel apparaît comme déterminante en cela qu'il est l'un des vecteurs essentiels de la diffusion de l'information sur les droits des patients et les organismes d'accompagnement.

La notion de dangerosité est apparue comme un critère particulièrement sujet à caution, tant du fait que les conditions appropriées de soins ne sont pas réunies qu'en raison du fait qu'il s'agit d'une donnée éminemment subjective qui laisse une énorme responsabilité aux soignants lors d'hospitalisations non volontaires ou lorsque le CSP se prononce sur un recours ou une décision d'élargissement. Il importe donc de lui opposer une alternative. Or, tous les interlocuteurs de la commission s'accordent sur ce point : ce n'est pas chose aisée. Cependant, pour certains, une plus grande attention aux attentes du patient et une offre diversifiée et négociée de soins pourraient être de nature à réduire le caractère tardif et traumatique des hospitalisations non volontaires.

La commission a pris acte que la réforme ne se déploie pas dans les termes prévus. Des obstacles concrets s'y opposent comme, par exemple, la difficulté de trouver des locaux pour donner corps à la réorganisation ou les moyens financiers qui ne suivent également pas. Cela est d'autant plus amèrement regretté par de nombreuses personnes auditionnées que la mise en place de la nouvelle organisation leur semblerait de nature à répondre à l'augmentation de la demande de soins.

Les travaux relatifs au RD 437 ont également donné l'occasion à la commission de se pencher sur les problèmes récurrents mis en évidence par le CSP dans ses rapports d'activités. Son fonctionnement et sa composition, mis en question par le rapport du , ont amené la commission à s'interroger sur la pertinence du rattachement du CSP au DASS, sur la nécessité de lui adjoindre des représentants des patients, sur le décalage existant entre la prise en charge thérapeutique développée par le personnel soignant et le caractère par trop administratif de son action.

Enfin, ce sont les questions particulières relatives aux personnes soumises au régime des articles 43 et 44 CPS qui ont retenu l'attention de la commission au point d'amener celle-ci à déposer une motion spécifique.

Au terme de ses travaux, la commission a abordé la question de l'aide à domicile sous l'angle de l'opportunité de disposer de la présence d'infirmières en psychiatrie dans les CASS. Le personnel des CASS a été présenté comme parfois démuné face à des personnes présentant des troubles psychiques, notamment en ce qui concerne les aides ménagères et les aides familiales. Il est apparu nécessaire, par conséquent, de développer une formation qui favoriserait une meilleure appréhension de ces situations. Les travailleurs sociaux pourraient également bénéficier du développement de meilleurs outils d'intervention. Ceux-là pourraient être acquis par le biais de la formation continue, ainsi que par l'établissement de personnes relais pour favoriser leurs interventions auprès de consultants présentant ces caractéristiques. Plus encore, ce sont de meilleures conditions de collaboration avec leurs divers interlocuteurs médicaux dont le besoin se fait ressentir. Aussi faudrait-il envisager pour les CASS cette ample question avec soin, tant pour déterminer une réponse véritablement adéquate que pour éviter la précipitation et l'approximation qui ont prévalu dans les conclusions des considérables travaux sur la réorganisation de l'aide à domicile.

Le RD 437 ne représente qu'un état des lieux d'un processus en cours. Le fait qu'il suscite une motion, s'apparentant à une forme de développement en spirale, est perçu comme lourd aux yeux de certains. M. Unger prévoyant que la multiplicité des questions soulevées par les auditions générerait une motion à plusieurs volets, précisait que certains de ces sujets étaient d'ores et déjà appelés à se voir apporter des réponses à brève échéance : dans le courant de l'automne pour le droit des patients, d'ici une année pour les premiers éléments concrets de la réforme. Aussi lui semblait-il plus sage d'attendre ces deux échéances pour poser de nouvelles questions si cela s'avérait encore nécessaire.

A cet égard, en réponse à la sollicitation d'un commissaire, il se déclarait prêt à rapporter oralement auprès de la commission les différents éléments relatifs à la psychiatrie qui se réaliseront ces prochains mois.

Plusieurs commissaires, constatant que certaines des questions évoquées lors des auditions posent des problèmes depuis de nombreuses années, auraient souhaité remettre l'ouvrage sur le métier pour espérer voir de notables progrès accomplis. D'autres estimaient en revanche que le caractère redondant de ces préoccupations risquait de détourner l'attention des questions qui semblent se poser avec le plus d'acuité.

Après avoir débattu de l'opportunité de rédiger une motion, les commissaires se sont finalement entendus pour déposer une motion sur les problématiques non contenues dans le RD 437, en l'occurrence les questions relatives aux quartiers carcéraux et aux articles 43 et 44 CPS, dont le texte figure en annexe, pour autant que toutes les autres problématiques restées en suspens soient mentionnées dans le rapport de la commission.

Addenda

A ce jour, qu'en est-il ?

A l'évidence, une réactualisation des données apparues lors des auditions s'imposait. C'est pourquoi, la rapporteure s'est attachée en septembre 2004 à collecter quelques données plus récentes relatives aux problématiques soulevées lors des travaux de la commission de la santé sur le RD 437. Elle vous livre ci dessous pour votre information l'essentiel des propos qu'elle a recueillis auprès de quelques personnes ou instances qui avaient été préalablement auditionnées

M. Bernard Gruson, directeur général des HUG

La réforme engagée s'est poursuivie et les quatre secteurs prévus par la commission d'experts ont été mis en place. Un centre de thérapies brèves (CTB) manque toutefois encore à l'appel car son financement n'est pas assuré et la direction des HUG entend vérifier dans quelle mesure ce quatrième centre répond encore réellement à une nécessité.

Il considère également indispensable de favoriser l'articulation entre le service d'accueil et d'urgences psychiatriques et les autres éléments du dispositif de secteurs. Il postule en effet qu'une meilleure coordination et une perception mieux intégrée de la complémentarité entre l'intervention en milieu hospitalier et en mode ambulatoire serait à même d'augmenter et de

diversifier l'offre de soins. Ce renforcement des collaborations permettrait dans les faits une meilleure adéquation entre la demande et l'offre de soins.

Par ailleurs, il se montre inquiet de la difficulté à répondre à cet autre aspect de la réforme qui prévoyait, par secteur, la mise à disposition d'un foyer destiné à la réinsertion sociale et à la réhabilitation. A ce jour, seuls deux foyers sont en activité et les perspectives de développement ne sont guère optimistes pour l'instant. Cela résulte en grande partie du caractère hybride de ces entités, qui se situent, pour répondre véritablement aux besoins des patients, aux confluent des domaines médical et social. Alors, sans être clairement apparentés à l'un ou à l'autre, leur financement, ni franchement LAMal, ni vraiment OFAS et non exclusivement cantonal, devient source d'esquives qui obligent à opter pour telle ou telle caractéristiques au détriment d'un alliage qui aurait permis une réponse mieux adaptée.

M^{me} Susie Castro, représentante du personnel

Elle confirme l'avancement de la réforme et l'absence d'une quatrième CTB. A ce propos, outre la question du financement non assuré qui vient entraver la décision politique à l'origine du développement de la réforme de la psychiatrie, elle estime que l'on ne peut vérifier l'opportunité d'ouvrir ce dernier CTB en se référant uniquement au taux d'occupation des lits. Il lui apparaît effectivement que ce critère n'est pas représentatif à lui seul de la demande en soins, et que d'autres paramètres sont à prendre en compte pour estimer judicieusement les ressources en la matière à mettre à disposition de la population de notre canton.

Elle relève que le processus de réorganisation a suscité par la rencontre des équipes une dynamique de réflexion qui enrichit et catalyse les prestations du personnel. Elle salue cette orientation en cours qui permet aux professionnels de s'interroger sur une meilleure articulation entre l'intra et l'extra-hospitalier.

A l'instar de M. Gruson, elle se montre sensible aux difficultés auxquelles peut être confronté le service d'accueil et d'urgences psychiatriques et considère que la question du relais et de l'orientation vers les autres unités du dispositif devrait faire l'objet d'une attention continue pour améliorer cette indispensable articulation.

Enfin, en ce qui concerne les foyers d'insertion et de réhabilitation sociales, elle constate que bien que faisant partie intégrante de la structure prévue par la réforme, deux d'entre eux font toujours défaut, ce qui ampute d'autant le modèle préconisé.

M^{me} Zinder de Pro Mente Sana

Le constat sur l'avancement de la réforme est identique. Plus particulièrement sur la question des foyers, elle relève que les deux entités existantes présentent plutôt une orientation sociale. Cette coloration n'est pas propice au suivi médical que ce genre de foyers peut avoir à assurer. Il lui apparaît que des foyers de convalescences pour assurer une véritable transition entre l'hospitalisation et le domicile seraient nécessaires. Notamment afin de permettre parallèlement à l'accompagnement visant la réhabilitation sociale, de dispenser ces suivis de traitements qui, sans nécessiter un dispositif médical complet, suppose tout de même des compétences et des ressources dans la gestion et l'équilibre des médications.

Pour ce qui est du droit des patients, elle atteste d'une augmentation des demandes auprès de Pro Mente Sana. Cependant, elle pense que les efforts d'information auprès des patients doivent se poursuivre.

M^{me} Zinder évalue que les mentalités restent encore, pour l'heure, hospitalo-centrées et qu'il conviendrait de stimuler la réflexion et la formation du corps médical pour promouvoir une utilisation optimale des ressources de la sectorisation; principalement pour ce qui a trait au traitement des crises. A cet égard, les collaborations entre les urgences psychiatriques et les secteurs devraient être mieux développées.

Sur la question particulière des personnes placées sous le régime des articles 43 et 44 CPS, elle remarque que celles-là formulent également des demandes de soutien et expriment fréquemment les sentiments suivants : Elles peinent à se retrouver mélangées et assimilées à une population dans laquelle elles ne se reconnaissent pas, phénomène que l'absence d'un lieu approprié à leur prise en charge accentue. Elles déplorent pour terminer de ne pas connaître la durée de ce qu'elles perçoivent, et pour cause, comme une peine.

Pour le Conseil de surveillance psychiatrique

Si l'on se réfère au rapport annuel pour l'année 2003, on y lit :

« A) Le CSP reste très préoccupé par l'absence d'un établissement approprié pour les articles 43 et 44 CP à Genève ou en Suisse romande. Cette situation entraîne souvent une prise en charge très déficitaire de ces patients par rapport à leurs besoins réels et perturbe également la bonne marche des services dans lesquels ils sont hospitalisés.

Le CSP s'est aussi montré soucieux et a dans ce sens alerté les autorités, de l'internement de personnes relevant de l'article 43 à l'unité de La Paquerette, notamment autour de la définition et de la responsabilité de la conduite.

B) Le CSP s'inquiète également du report des travaux en médecine A2 et cela d'autant plus que l'on a constaté une augmentation des comportements de violence ainsi que des troubles du comportement graves de certains très jeune gens. Ces comportements violents altèrent de façon notoire la prise en charge des autres jeunes patients, voire même la qualité de vie du pavillon. »

Conclusion :

A la faveur de ce qui précède, nous pouvons constater que les propos retenus lors de auditions sont, hormis la progression de la réforme, toujours d'actualité et reflètent de réelles préoccupations pour les acteurs du terrain de la psychiatrie.

C'est pourquoi, et en vous réitérant ses excuses pour le retard apporté au dépôt de ce rapport la rapporteure vous propose, Mesdames, Messieurs les députés, de prendre acte de ce dernier et de réserver un accueil favorable à la motion qui l'accompagne.

Annexes

- *Motion de la commission de la santé*
- *Documents de support à l'exposé du professeur Ferrero*
- *Prise de position du Forum Santé sur la réforme de la psychiatrie.*

Secrétariat du Grand Conseil**M 1599**

Proposition présentée par les députés:

M^{mes} et MM. Claude Aubert, Janine Berberat, Blaise Bourrit, Alain Charbonnier, Laurence Fehlmann-Rielle, Janine de Haller, Jocelyne Haller, Philippe Glatz, Guy Mettan, Marie-Françoise de Tassigny, Jacques Follonier, Anne Mahrer, Ariane Wisard-Blum et Gilbert Catelain

Date de dépôt: 7 septembre 2004

Messagerie

Proposition de motion

pour la création d'un ou d'établissement(s) approprié(s) pour l'exécution des mesures ordonnées en application de l'article 43 CPS ou de privation de liberté à des fins d'assistance

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève considérant:

- le rapport du Conseil d'Etat RD 437, ainsi que le cahier n° 15 de l'action sociale et de la santé d'octobre 2001 ;
- le rapport du Conseil d'Etat à la motion 1085, dont il a pris acte le 21 septembre 2001, entérinant ainsi la réforme du département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG) approuvée par le conseil d'administration desdits HUG et par le Conseil d'Etat lui-même
- les auditions auxquelles la commission de la santé a procédé ;
- les recommandations successives du conseil de surveillance psychiatrique et des conseillers-accompagnants.

demande au Conseil d'Etat

1. entreprendre sans délai l'étude et la réalisation des besoins des deux quartiers carcéraux (Cluse-Roseraie et Belle-Idée) ;
2. entreprendre sans délai la mise au point d'un programme cohérent pour la création d'un (de) lieu(x) approprié(s) ou pour l'aménagement en un (des) lieu(x) approprié(s) d'un (d') équipement(s) existant(s) hors des établissements publics médicaux ou d'autres établissements publics ou privés de nature médico-sociale pour l'exécution des mesures ordonnées par les tribunaux en application de l'article 43 CPS ou de la privation de liberté à des fins d'assistance au sens des articles 397a et ss CCS.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames et
Messieurs les députés,

Depuis plusieurs années le Conseil de Surveillance psychiatrique alerte les autorités de notre canton des lacunes en matière d'accueil et prise en charge des personnes placées sous le régime de l'article 43 CPS et celles faisant l'objet d'une privation de liberté à des fins d'assistance au sens de l'article 397a et ss CCS.

Lors des travaux de la commission de la santé sur le RD 437, cette préoccupation a largement été évoquée par toutes les personnes auditionnées. Toutes ont ainsi accrédité le sentiment de la commission qu'il importait que cette question soit étudiée et que des mesures soient enfin prises pour permettre la création d'établissements qui puissent orienter spécifiquement leurs interventions thérapeutiques en fonction des besoins particuliers des personnes auxquelles elles sont destinées. Ce que ne permettent pas les conditions dans lesquelles sont actuellement prises en soins les personnes faisant l'objet des mesures précitées.

C'est pourquoi, en vous remerciant de vous référer au rapport du RD 437 pour de plus amples développements, nous vous remercions, Mesdames, Messieurs les députés de réserver un accueil favorable la présente motion.

Prise de position du Forum Santé sur la réforme en psychiatrie.

Un brin d'histoire : du ghetto asilaire à la politique de secteur

Après les premières expériences de psychiatrie extra-hospitalière en Europe au début du siècle, le développement de la médecine sociale du Front populaire et la psychiatrie par petite région en Catalogne sous la république espagnole, la politique de secteur a été mise en place en France après la 2^{ème} guerre mondiale. Issue de la conjonction du courant de psychothérapie institutionnelle, en particulier de St Alban en Lozère pendant la Résistance, la psychiatrie de secteur est entérinée par l'administration nationale française dès 1960.

La politique de secteur est donc à la fois « géopsychiatrie », à la recherche de la désaliénation hors du ghetto asilaire hérité du XIX^e siècle vers la réinsertion dans le milieu de vie géographique des patients, mais aussi un découpage administratif, voire bureaucratique et technocratique, cherchant par exemple à « optimiser » le nombre de lits hospitaliers par habitants. Elle donne également lieu à la critique du quadrillage psychosocial.

A Genève, dans les années septante, après le développement des structures de soins ambulatoires et de la pluridisciplinarité, la politique de secteur a consisté à mettre en lien géographique l'intra et l'extra-hospitalier, et à assurer la continuité des soins en confiant la responsabilité d'un secteur à un seul médecin-chef, avec une relative mobilité du personnel dans le secteur. Cette politique privilégie le lieu de vie du patient dans la communauté et décloisonne le fonctionnement hospitalier, jusqu'alors coupé des soins ambulatoires. Elle atteint ses limites lorsque le patient change de secteur géographique, donc d'équipe soignante.

En Italie, avec la loi imposant la fermeture des hôpitaux psychiatriques, les « manicomi », et en France, avec le rapport Roelandt et Piel au ministère de la Solidarité d'avril 2001, cette politique se prolonge par la disparition des entités hospitalières asilaires, remplacées par de petites structures hospitalières décentralisées dans la communauté.

C'est la politique voulue par la commission d'experts. Ce choix privilégie les soins orientés vers la communauté de vie du patient et dans son réseau social, avec l'idée de mieux mettre en valeur les ressources du milieu entourant le patient. Elle implique des moyens adaptés à ces choix.

Du secteur à l'organisation des structures de soins par pathologie ?

Les connaissances actuelles en psychiatrie sont encore très limitées et la classification des troubles psychiques repose sur un découpage par groupe de symptômes et de troubles de la personnalité, sans être une classification de maladies clairement identifiées. D'autre part, au cours d'une vie, un patient peut présenter des troubles différents, et plusieurs symptômes peuvent coexister (par exemple une dépression et des troubles anxieux, un trouble de la personnalité et des états psychotiques).

Or structurer les soins par pathologie implique de privilégier un symptôme, un syndrome ou un trouble de la personnalité, démarche qui comporte le risque d'une approche réductrice du patient. D'autre part, selon cette logique, cela reviendrait, pour les soins généraux, à organiser les unités en regroupant, par exemple, les patients migraineux, les obèses ou les hypertendus.

Certes, le regroupement des patients par symptômes ou syndrome dans un même pavillon ou une même unité de soins peut faciliter le travail clinique avec des groupes de patients homogènes, traités par des programmes de soins standards. Cela facilite surtout la recherche, en particulier pour l'étude des médicaments avec des cohortes de patients déjà organisées.

Pour le Forum Santé, les inconvénients majeurs de cette organisation des soins sont les suivants :

- Cette politique stigmatise les patients, identifiés au diagnostic de leurs troubles (par exemple : schizophrènes, dépressifs, bi-polaires, etc) et renforce le poids du symptôme auquel le patient peut paradoxalement chercher à s'identifier. En effet, certains patients et leur famille sont rassurés par l'appartenance à un groupe clairement identifié, comme si leur trouble correspondait à une maladie connue et reconnue. L'exemple des patients dits « bi-polaires », ayant fondé leur propre association, illustre ce phénomène.
- Ce nouveau découpage hospitalier renforce l'hospitalo-centrisme, en relativisant l'articulation avec les structures de soins extra hospitalières. Soit les services ambulatoires sont également organisés par pathologie, soit ce choix hospitalier entraîne une nouvelle coupure entre les structures intra et extra-hospitalières.
- La spécialisation de la plus grande partie du personnel dans des unités de soins par pathologie risque d'amener une réduction du personnel soignant généraliste, y compris du personnel médical. La formation des médecins peut devenir problématique, si leur cursus est limité à des années passées dans ces unités spécialisées. A moins que l'on ne s'oriente vers une spécialisation accrue en psychiatrie, par pathologie. Il y aura alors en ville, des psychiatres, des psychologues et des infirmiers spécialistes des troubles bi-polaires, de la schizophrénie et « border-line » au détriment d'une approche généraliste ou de thérapeutes formés selon les modèles psychodynamiques, cognitivo-comportementaux ou systémiques.
- L'approche d'un seul type de pathologie engendre à la longue une lassitude voir un désinvestissement du personnel, par exemple pour la maladie d'Alzheimer ou certains troubles chroniques.
- L'amalgame existant actuellement entre les programmes spécifiques de soins et les unités de soins sème la confusion. Des programmes de soins transversaux, spécialisés en fonction des troubles présentés par les patients peuvent être utiles. Ils doivent être conçus de manière évolutive, avec des procédures d'évaluation. Le personnel spécialisé doit jouer le rôle de consultant, sur le modèle d'autres départements, comme par exemple pour les infections HIV en médecine.
- Pour les patients qui n'ont pas le profil adapté à un programme type, le risque d'une psychiatrie à deux vitesses peut alors se préciser, avec des qualités de soins et d'encadrement à géométrie variable si la priorité est accordée aux programmes spécialisés plutôt qu'au plan de soins adaptés au patient.
- Le regroupement dans une seule et même structure de soins de patients présentant les mêmes troubles psychiques rompt de fait le secret médical en rendant public le diagnostic.
- Enfin, les phénomènes de groupes nous ont appris que la présence dans un même et seul lieu de soins de troubles identiques pouvait contribuer à renforcer ces mêmes troubles, à les exacerber, parfois dans des processus de surenchère entre patients soit pour capter l'attention du personnel, soit dans la quête d'une affirmation d'identité.

Pour ces diverses raisons, il nous semble indispensable de renoncer à une organisation des unités de soins par pathologie.

Forum Santé, 18 mai 2001

LE DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE

~ 1'000 collaborateurs

~ 8'000 patients suivis chaque année

auxquels s'ajoutent

~ 7'000 patients évalués à la DUMC en
psychiatrie de liaison ou par la garde

~ 125'000 consultations

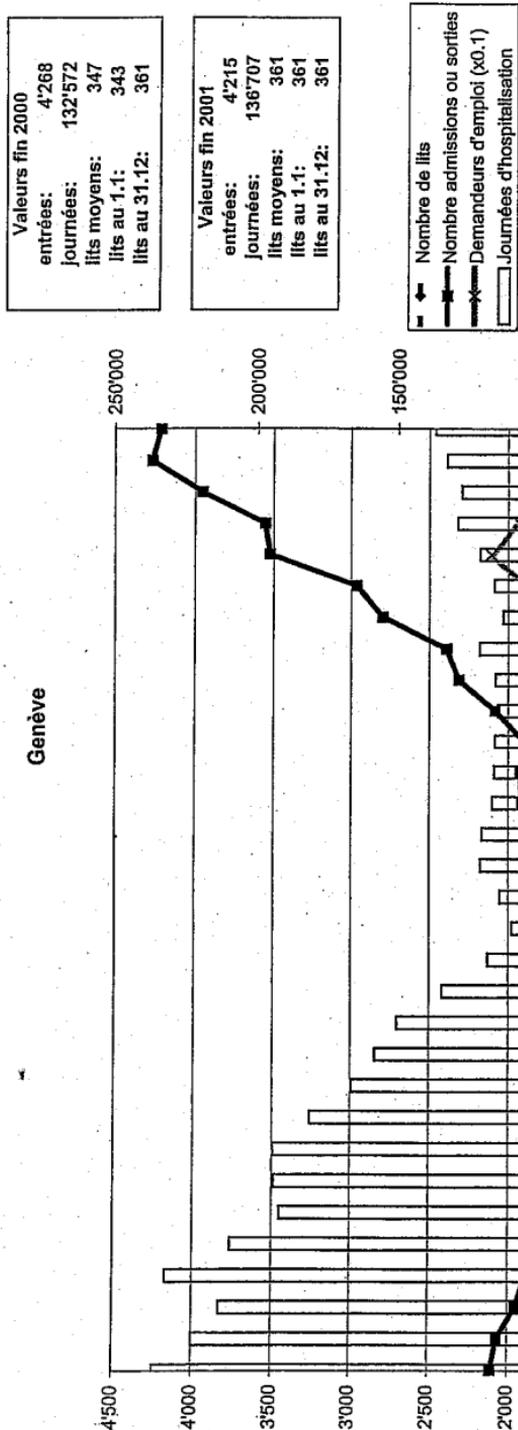
~ 130'000 journées d'hospitalisation

LE DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE

**Programme de formation pour la FMH en
psychiatrie et psychothérapie de l'adulte
suivi par plus de 100 médecins.**

HUG - Belle-Idée Etude comparative des taux d'hospitalisation en psychiatrie

Annexe 10



**NOMBRE DE LITS
HOSPITALIERS
PAR 10'000 HABITANTS
(PSYCHIATRIE ADULTE)**

BALE 23

TESSIN 12

VAUD 11

GENEVE 6

PREVALENCE SUR LA VIE ENTIERE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES
DANS LA POPULATION GENERALE

COMPARAISON ENTRE LES ETUDES ECA ET NCS

Troubles	ECA	NCS
Un trouble psychiatrique	32,7	48,0
Troubles affectifs	8,3	19,3
Dépression majeure	6,4	17,1
Episode maniaque	0,8	1,6
Dysthymie	3,3	6,4
Troubles anxieux	14,6	24,9
Trouble panique	1,6	3,5
Agoraphobie	5,2	5,3
Phobie sociale	2,8	13,3
Phobie simple	10,0	11,3
Anxiété généralisée	8,5	5,1
Abus de substances	16,7	26,6
Abus d'alcool	5,6	9,4
Dépendance à l'alcool	7,9	14,1
Abus de drogues	2,6	4,4
Dépendance aux drogues	3,5	7,5
Personnalité antisociale	2,6	3,5
Psychose non affective	1,5	0,7

Adapté de Robins et al., 1991, et de Kessler et al., 1994

AGE MÉDIAN DE DÉBUT DES TROUBLES

	dont 90% à	
	8 ANS	12 ANS
PERSONNALITÉ ANTISOCIALE	10	48
PHOBIES	15	23
SOMATISATION	18	27
TOXIQUES	19	35
TROUBLES SCHIZOPHRÉNIQUES	19	37
ÉPISODES MANIAQUES	20	50
T.O.C.	21	38
ALCOOL	23	42
TROUBLE PANIQUE	25	52
TROUBLE DÉPRESSIF		

(adapté de Robins et Regier, 1991)

TAUX DE SUICIDE

(Sur la vie)

TROUBLES BIPOLAIRES	20 - 25 %
DEPRESSIFS	~ 15 %
SCHIZOPHRENIQUES	10 - 15 %
BORDERLINES	9 %
si 9 critères diagnostiques:	36 %

PSYCHIATRIE GERIATRIQUE

3 problèmes majeurs

- pathologies dépressives

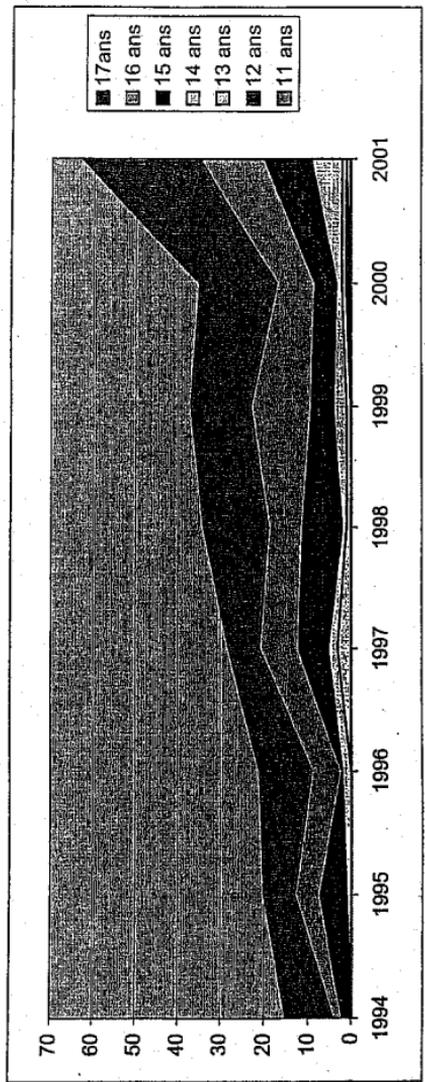
- troubles démentiels

- polymorbidité somatique

Particuliers hospitalisés pour les motifs de Santé - José Gran-cosyón (UCA) de 11 à 17 ans

Nombre de

age	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
11 ans								1
12 ans								1
13 ans				3	1	1	1	1
14 ans		1	2	2	1	3	1	7
15 ans	2	6	7	7	9	5	5	11
16 ans	2	6	7	9	8	14	9	15
17 ans	11	7	12	7	15	14	18	28



Source UIME,
Fevereiro 2002

ENQUETE SUISSE SUR LA SANTE (ESS)

Menée en 1997 par l'Office fédéral de la statistique

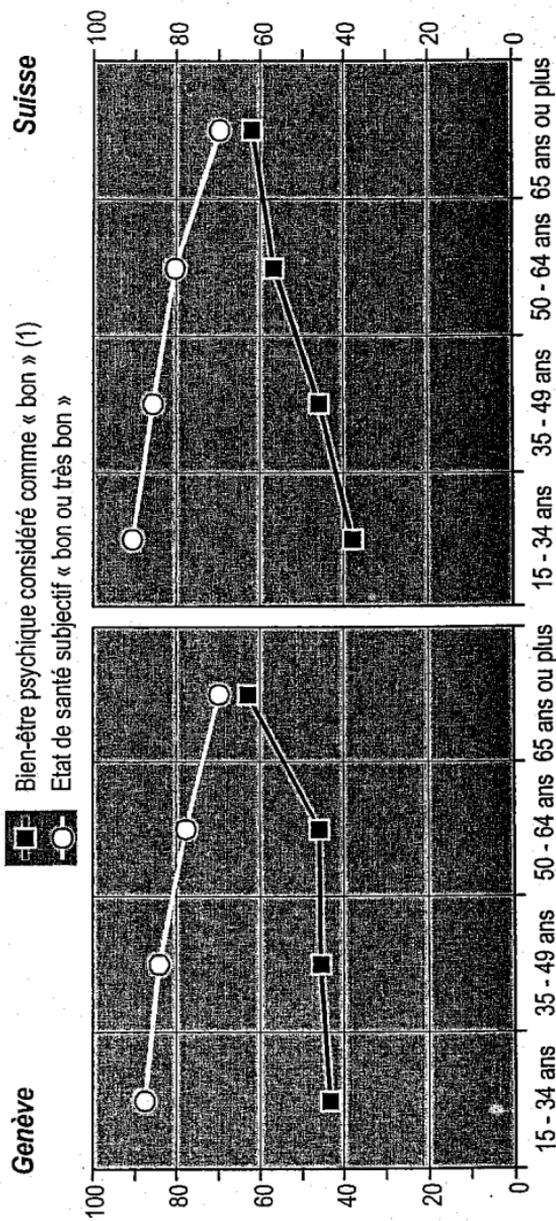
Echantillon de 19.000 ménages privés avec raccordement téléphonique :

13.000 personnes de 15 ans ou plus ont répondu (69 %)

G - 02 Bien-être psychique et état de santé subjectif de la population, selon le groupe d'âges, en 1997

En %

Canton de Genève / Suisse



(1) Indicateur construit à partir de questions portant sur la fréquence des périodes d'abattement, de sérénité, de nervosité et d'optimisme durant les sept jours qui ont précédé l'enquête.

Source : Office fédéral de la statistique - Enquête suisse sur la santé 1997