

Date de dépôt : 20 août 2012

Rapport

de la Commission de la santé chargée d'étudier le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur l'évaluation des effets de la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients

Rapport de M. Charles Selleger

Mesdames et
Messieurs les députés,

La Conseil d'Etat a déposé, le 28 juillet 2011, le rapport sur l'évaluation des effets de la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients. Ce rapport a été renvoyé par le Grand Conseil à la Commission de la santé le 26 janvier 2012. Ladite commission a étudié ce rapport au cours de trois séances, les 23 et 30 mars ainsi que le 27 avril 2012, sous la présidence de M^mc Nathalie Fontanet, pour les séances du 23 mars et du 27 avril 2012, et sous la présidence de M. Mauro Poggia, pour la séance du 30 mars 2012. Les procès-verbaux ont été tenus avec une grande précision par M. Guy Chevalley. Qu'il trouve ici nos remerciements. La commission a également pu bénéficier du concours de M. Adrien Bron, directeur à la direction générale de la santé, et de M^mc Marie Chappuis, secrétaire adjointe au département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES).

1. Introduction

A son article 32, la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (LCompPS ; K 3 03) dispose que ses effets sont évalués par une instance extérieure et que, tous les 2 ans, le Conseil d'Etat présente au Grand Conseil un rapport communiquant les résultats de cette évaluation. Entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2006, c'est

donc avec presque trois ans de retard que le Conseil d'Etat rendait son premier rapport sur les effets de cette loi.

La commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients a réuni les trois entités suivantes, qui étaient issues des lois précédentes : **commission de surveillance des professions de la santé, commission de surveillance des activités médicales, conseil de surveillance psychiatrique**. Sans compter la présidence, les effectifs des anciennes commissions étaient les suivants (suppléants compris) : 36 membres pour la commission de surveillance des professions de la santé, 19 membres pour la commission de surveillance des activités médicales et 12 membres pour le Conseil de surveillance psychiatrique. Au total, ces trois entités pouvaient donc compter sur la collaboration de 67 membres, tous ou presque miliciens.

A son article 3, la **loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients** du 7 avril 2006 prévoit un total de 25 membres titulaires, dont 20 seulement ont droit de vote et sont à comparer aux 67 membres des trois entités précédentes. Lorsqu'on sait avec quelle lenteur les deux anciennes commissions travaillaient, avec des dossiers en instruction pendant plusieurs années, avec des intervalles entre deux auditions qui étaient souvent de plusieurs mois, lorsqu'on sait l'insatisfaction des personnes plaignantes notamment vis-à-vis de cette lenteur, on ne pouvait que douter que la composition réduite de la nouvelle commission, sans augmentation significative de l'encadrement administratif, puisse améliorer la fluidité du traitement des plaintes et la satisfaction des plaignants.

2. Interventions parlementaires lors du débat de renvoi du rapport en commission

Il a paru utile au rapporteur de rappeler, sous ce paragraphe, les interventions parlementaires qui ont eu lieu lors du débat de renvoi en commission. Ces interventions sont publiques, à disposition au Mémorial du Grand Conseil. Elles situent très précisément et explicitement les soucis des différents groupements politiques représentés dans notre parlement. Elles ont donc valeur de seconde introduction au présent rapport.

Voici donc l'extrait du Mémorial de la séance du 26 janvier 2012 :

M. Charles Sellegger (R). *Le Conseil d'Etat a, en juillet dernier, renvoyé à notre Conseil un rapport sur la commission de surveillance. Outre le fait que ce rapport accuse trois ans de retard, il décline, en gros, sur un air fameux, «Tout va très bien, Madame la Marquise»... C'est, hélas, très loin d'être le*

cas. Tous les usagers de ladite commission, que ce soient les patients qui y ont recours ou les professionnels qui s'y adressent, vous le diront.

L'une des dysfonctions majeures de cette commission est le retard catastrophique dans l'instruction des cas et, conséquemment, dans les préavis qu'elle fournit. Il est piquant de constater à ce propos que Mme le professeur Manai, chargée d'expertiser la commission, reste, dans son rapport, silencieuse sur ce point, alors même que c'était la première question qui figurait dans son mandat.

Il est donc impératif, Mesdames et Messieurs, que la commission de la santé puisse étudier ce rapport et procéder aux auditions qui s'imposent, notamment celle du président de la commission de surveillance et celle de l'auteur de l'expertise. C'est pourquoi les groupes libéral et radical vous demandent de renvoyer ce rapport à la commission de la santé.

M. Mauro Poggia (MCG). *Chers collègues, ce que vient de dire notre collègue M. Selleger est parfaitement exact. Cette commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, qui s'est substituée aux deux commissions qui traitaient le sujet, respectivement dans le secteur public et dans le secteur privé, avait pour but de donner aux patients, également, une alternative valable aux autres moyens qui leur sont offerts par la législation pour faire valoir leurs droits, c'est-à-dire les moyens du droit pénal ou le moyen du droit civil. Or nous constatons que la lenteur, précisément, accablante pour des personnes qui souffrent, que ce soit en raison ou non d'une faute médicale dénoncée, est évidemment insupportable. Il faut que cette commission travaille beaucoup plus vite.*

Il y a aussi d'autres moyens de régler les conflits. Il y a notamment le moyen de la médiation. Vous savez que notre code de procédure civile, adopté par le législateur fédéral, a mis en avant la médiation comme un moyen efficace de règlement des litiges. Nous devons travailler dans ce domaine, même s'il ne fait pas encore partie de notre culture. A l'origine d'un litige entre un patient et un professionnel de la santé, il y a toujours une rupture de la relation de confiance. Or cette rupture de la relation de confiance a pour origine une rupture du dialogue. C'est ce dialogue qu'il faut souvent rétablir pour donner au patient ce sentiment de respect qu'il pense avoir été perdu et qui est à l'origine, très souvent, trop souvent, des litiges. Il ne faut évidemment pas de simples conciliateurs qui demandent aux parties présentes si elles sont prêtes à s'arranger, il faut de vrais médiateurs, formés, qui doivent amener souvent les professionnels de la santé à accepter que leur comportement, même sans faute de leur part, a pu blesser l'autre. Et l'autre, c'est le patient.

Cette commission a beaucoup de travail à faire, mais elle a de grandes perspectives devant elle. Je pense que nous ne pouvons pas tout simplement prendre acte de ce rapport, raison pour laquelle le groupe MCG appuiera le renvoi à la commission de la santé.

M^{me} Christine Serdaly Morgan (S). *Beaucoup de choses ont été dites par les députés Poggia et Selleger. Le groupe socialiste a pris connaissance avec intérêt du rapport, mais il constate en effet que, entre les alertes relevées par la mandataire et les conclusions qu'en tire le Conseil d'Etat, il y a un écart certain. D'autre part, il s'agit du premier rapport d'évaluation d'une loi qui a été adoptée en 2006 et qui prévoyait un rapport d'évaluation tous les deux ans; 2006 +2, cela fait 2008; nous sommes en 2012. Il nous semble important, au moment où il va y avoir une refonte de la loi – avec de nouveaux éléments entrant en vigueur en 2013 concernant les tutelles – de faire un point, non seulement sur le fonctionnement de cette commission, mais surtout, évidemment, sur les objets qu'elle traite.*

Enfin, la mandataire étant une juriste, un certain nombre d'aspects des missions de la commission, notamment concernant le droit des patients, ont été évoqués. Par contre, d'autres aspects sont extrêmement peu traités. C'est bien là, considère le groupe socialiste, le rôle du Grand Conseil, non seulement de prendre acte d'un rapport, mais aussi de discuter de ses conclusions, des propositions, des suites à donner, et de voir quels seraient les éléments qui n'auraient pas été traités. Nous demandons également le renvoi de ce rapport à la commission de la santé.

[...]

M. Antoine Droin (S). *C'est seulement pour annoncer que, étant membre de cette commission, je suis concerné par l'article 24 de la LRGC et ne prendrai pas part au vote.*

M^{me} Esther Hartmann (Ve). *En lisant ce rapport, les Verts ont, par moments, été un peu étonnés de certains aspects qui ne nous semblaient que très légèrement traités. Nous nous réjouissons de pouvoir demander le renvoi de ce rapport à la commission de la santé, afin que nous puissions demander des précisions et affiner un peu, dans le cadre de cette commission, ce que l'on a cru comprendre entre les lignes.*

M. Bertrand Buchs (PDC). *Le groupe démocrate-chrétien va appuyer la demande de renvoi à la commission de la santé. Je crois que ce qui a été dit par les différents députés est juste. Le problème qui se pose est celui de l'utilité de cette commission. Il faut que cette dernière soit vraiment utile pour les gens qui y ont recours. On se rend compte dans la pratique quotidienne – dans notre profession de médecin – que, souvent, on ne voit*

pas l'utilité de cette commission. Les gens qui y travaillent le font probablement très bien, mais, pour les patients qui y font recours, on ne voit pas cette utilité, on ne se rend pas compte. C'est tellement opaque que l'on a tendance à ne plus dire aux gens de faire recours auprès de la commission, parce qu'on se demande à quoi elle sert. Il est donc très important qu'une discussion ait lieu en commission et que l'on revienne ici, devant le plénum, pour avoir un débat sur l'utilité d'une commission.

Je rejoins l'idée de la conciliation – cette conciliation doit être faite. Nous la faisons, à l'Association des médecins du canton de Genève, avec la commission de déontologie. Donc, nous faisons cette conciliation. Il est important de pouvoir très rapidement régler les choses, quand il y a des problèmes médicaux, des fautes médicales, des erreurs médicales, des problèmes de traitement. Il faut très rapidement arriver à une solution, or les délais de réponse de la commission sont beaucoup trop longs pour pouvoir présenter une utilité.

M^{me} Christina Meissner (UDC). *Je crois que beaucoup de choses ont été dites sur la nécessité de véritablement prendre en considération les problèmes que peuvent rencontrer les patients et les familles des patients par rapport à des situations extrêmement difficiles qu'ils vivent. Notamment dans des moments qui, quelquefois, arrivent jusqu'à la décision de vie ou de mort. J'ai beaucoup de peine moi-même à parler de ce sujet, parce que je me suis trouvée, dans cette situation, confrontée à devoir, à un moment donné, défendre ma propre mère et voir ma propre mère devoir se défendre. Et ça n'est effectivement pas facile à vivre, je peux vous le garantir.*

Je n'en dirai pas davantage, je n'exposerai pas ma vie privée, mais je suis persuadée qu'il est absolument nécessaire de faire la lumière, de prendre en considération le droit des patients, avec tout le sérieux et le besoin d'émotion qui sont indispensables dans ce domaine. Et je salue, comme d'ailleurs tout le groupe UDC, le renvoi de ce rapport en commission.

[...]

Mis aux voix, le renvoi du rapport du Conseil d'Etat RD 882 à la commission de la santé est adopté par 70 oui et 1 abstention.

3. Audition de M^{me} le professeur Dominique Manaï, auteur du rapport concernant les effets de la loi sur la commission de surveillance

M^{me} Manaï relate que son travail d'évaluation de la loi ne comprenait pas une évaluation de la pratique. La loi, qui comprend des renvois non mentionnés, implique de disposer d'une large vision du droit de la santé

genevois pour la comprendre. L'interprétation de certains articles ne découle pas de la lettre de la loi, ce qui est dommageable pour le droit du patient. L'auditionnée a constaté que plusieurs groupes de travail ont été regroupés dans ladite commission, notamment celui concernant le patient psychique. Ce dernier possédant les mêmes droits que tous les patients, M^{me} Manaï s'est donc félicitée de ce regroupement. Toutefois, deux procédures distinctes devraient prévaloir au vu des spécificités de cette patientèle.

Pour ce qui est de la composition de la commission plénière, M^{me} Manaï remarque que celle-ci a fait l'objet de débats, alors que les sous-commissions (composée de deux membres) accomplissent un travail bien plus déterminant. Enfin, sur la médiation, Genève paraissait bien placée sur le papier mais, en pratique, un dossier par année aboutit avec succès à une médiation, ce qui paraît anormal au vu du nombre de plaintes. Dans la loi sur la santé, la médiation est classée sous le thème de l'autorité, alors qu'il s'agit précisément d'une voie alternative. Il incombe au bureau de la commission de surveillance de proposer la médiation, et non du bureau, mais celui-ci y renonce souvent par souci d'intérêt public ; le plaignant ne peut proposer la médiation, ce qui est regrettable.

Un commissaire (R) s'enquiert premièrement de la durée moyenne du traitement des affaires par la commission de surveillance, point qu'il n'a pas vu traité dans le dossier, alors qu'il s'agissait de la première question du mandat ; or, les délais courent parfois sur des années. Deuxièmement, il s'interroge sur l'adéquation des ressources humaines allouées à la commission, en comparaison de celles qui l'étaient aux trois anciennes commissions (le nombre de commissaires ayant diminué alors que les cas augmentent). Troisièmement, il demande l'avis de l'auditionnée sur la position du Conseil d'Etat, qui ne considère pas les critiques qu'elle a émises, notamment sur la différence entre somatique et psychique.

M^{me} Manaï explique sur le premier point avoir obtenu les rapports d'activités des commissions qui ne spécifiaient pas la date d'introduction de la plainte ; l'information manquait donc. Sur le deuxième point, elle relève que la commission dispose d'un droit de décision (les autres commissions étaient consultatives) ; le système ayant radicalement changé, avec en outre l'augmentation et la complexification des dossiers, il est difficile de se prononcer même si la surcharge paraît évidente. Sur le dernier point, l'auditionnée estime que le rapport a repris l'essentiel de ses conclusions, à l'exception de l'augmentation des effectifs et du propos sur les cas psychiques mais le volet psychiatrique ne sera bientôt plus du ressort de la commission de surveillance, mais de l'Autorité de protection de l'adulte.

Une commissaire (S) souhaite que soient précisées la notion d'intérêt public, par opposition à la médiation, ainsi que d'éventuelles modifications de la loi pour diminuer son opacité.

M^{me} Manaï souligne sur ce dernier point la nécessité de la clarifier, même pour les juristes, à commencer par l'explicitation des renvois. Sur la notion d'intérêt public, elle estime que la santé présente un intérêt public, même dans la pratique privée d'un spécialiste. Elle ne comprend donc pas la réserve concernant la médiation. L'« intérêt public prépondérant » figurant dans le rapport est à entendre par rapport au droit du patient.

Un commissaire (MCG) constate que la réforme légale de 2006 suscitait l'espoir chez les patients de mieux connaître le contenu du travail de la commission. Il demande s'il existe une étude de satisfaction des patients ou un chiffrage du nombre de plaintes (avec ou sans sanction, etc.).

M^{me} Manaï répond qu'une telle étude n'a pas été menée. Les chiffres évoqués figurent dans le rapport d'activités de la commission, remis annuellement au Conseil d'Etat.

Le même commissaire demande si les proches, dans le cas d'un décès, ont ou non la qualité de partie lorsqu'ils dénoncent un cas auprès de la commission.

M^{me} Manaï répond que les proches peuvent agir s'ils ont été atteints, pour des prétentions civiles, mais elle interprète l'article 9 comme excluant les proches du statut de partie.

La deuxième commissaire (S) demande que soit explicitée la notion de « respect des prescriptions légales régissant les professions de la santé » et les institutions. Par ailleurs, elle demande s'il conviendrait de revoir – et, si oui, comment – le fait que les sous-commissions, soit deux personnes, accomplissent l'essentiel du travail. Enfin, elle s'enquiert de modifications précises de la loi qui seraient souhaitables.

M^{me} Manaï répond sur le premier point que toute violation de la loi genevoise sur la santé peut être amenée devant la commission de surveillance. Elle a orienté son rapport sur le droit des patients parce qu'elle y voyait les principales faiblesses du système ; cela relève aussi de l'orientation personnelle de l'auditionnée. Sur les sous-commissions, elle répond que le fonctionnement peut difficilement être revu à cause de la masse des dossiers, que ne peut voir en détail la commission plénière. Ce point ne lui paraît pas problématique tant que la commission plénière prend les décisions. Enfin, la première révision serait de mentionner que le bureau doit proposer la médiation et de clarifier le fait que les membres disposant d'un droit de vote ne se prononcent pas dans les dossiers psychiatriques.

Une commissaire (Ve) s'enquiert de nécessaires modifications de la loi, au cas où la nouvelle loi de protection de la personne élaborée actuellement ne prendrait pas la PLAFa (mesures privatives de liberté à des fins d'assistance) en compte. Elle demande par ailleurs si l'organisation des sous-commissions est satisfaisante pour le patient psychique.

M^{me} Manaï répond, sur le premier point, qu'il faudrait absolument modifier l'article 26 en stipulant mieux que, pour des besoins de protection du patient ou des intérêts d'autrui, il est possible de faire appel à la force publique. Pour le patient psychique, l'article 29, alinéa 1, pose une restriction : le patient est toujours entendu, mais le terme « oralement » est corrélé à son état de santé. Au second élément, elle répond qu'elle changerait un point : la commission plénière devrait ratifier, avoir un droit de regard sur, les décisions de la sous-commission, mais cela lui donnera davantage de travail.

Un commissaire (PDC) demande pourquoi les patients ne recourent pas plus souvent à la commission, qui vise à assurer leur défense. Il s'interroge aussi sur l'affaiblissement du droit du patient que pourrait induire la proposition systématique de la médiation.

M^{me} Manaï répond qu'elle ne parlait pas du recours à la commission, mais à la médiation. L'accès à la commission lui paraît suffisant. Sur le second point, elle relève que la médiation n'est pas un règlement juridique du litige mais l'issue d'une procédure en justice n'est pas certaine. La procédure n'est pas nécessairement source de reconnaissance pour le patient.

Le commissaire (R) déplore que M^{me} Manaï n'ait pas eu accès aux statistiques de délais ou à une étude de satisfaction. Il demande si l'auditionnée a contacté les milieux de défense du patient et les organisations professionnelles de médecins.

M^{me} Manaï relate qu'il lui a été signifié qu'elle devait évaluer le fonctionnement de la commission par rapport à la loi (et non les effets de la loi auprès des patients et/ou des médecins) ; les éléments évoqués par le commissaire sortaient donc du cadre du mandat. L'auditionnée s'est basée sur la loi, la jurisprudence, la doctrine, les rapports d'activités de la commission au Conseil d'Etat jusqu'en 2009 et deux entretiens.

Le même commissaire souligne que, à la page 1 du rapport de l'auditionnée, sous la question 1, figure la « durée moyenne du traitement des affaires ».

M^{me} Manaï observe que la commission de surveillance traitait des plaintes déposées dans les anciennes commissions, ce qui compliquait l'appréhension

des délais. Dès lors, elle n'estime pas avoir connu un problème d'accès à l'information.

Un commissaire (UDC) constate que les psychiatres appellent souvent les forces de l'ordre en dernier recours ; celles-ci ne sont pas formées pour traiter ce cas et empiront donc la situation. Constatant que le nombre d'internements non volontaires sont plus nombreux à Genève qu'ailleurs, il s'indigne que ceux-ci semblent découler d'un climat sécuritaire.

M^{me} Manaï précise que ce dernier élément, provenant d'une étude suisse, constituait une piste d'explication qui méritait de figurer dans le rapport, dont le délai de reddition ne lui permettait pas une investigation plus fouillée.

Discussions de la commission à l'issue de l'audition du Prof. Manaï

M. Bron, directeur général de la santé, rappelle que le rapport découle d'une obligation de la loi elle-même qui prévoyait une évaluation. Le flou de la rédaction légale expliquait aussi le désarroi de l'auditionnée lorsqu'elle s'est saisie du mandat. Celle-ci a eu accès à toutes les informations qu'elle a demandées, encore fallait-il les demander. Sur la révision du droit de la tutelle qui entrera en vigueur en 2013, le volet de privation de liberté à des fins d'assistance passera au pouvoir judiciaire, ce qui libérera la commission et appellera à repenser son fonctionnement. A Genève, on compte une centaine de plaintes par année, contre une vingtaine dans le canton de Vaud ; les réformes introduites en 2006 ont donc porté leurs fruits. Ces derniers mois, et le président, et la directrice de la commission ont été remplacés, ce qui constitue une occasion supplémentaire de réorganiser le travail de cette dernière. Il est évident que la répartition des tâches entre commission plénière et sous-commissions est impérative pour un traitement dans des délais raisonnables. Il existe donc des cas plus longs, plus visibles, mais qui ne doivent pas dissimuler les décisions extrêmement rapides qui sont prises.

La Présidente demande si l'absence de mention du manque d'effectif dénoncé dans le rapport découle du transfert d'une partie des patients psychiques au pouvoir judiciaire.

M. Bron répond que le transfert du volet psychique implique une réallocation des ressources administratives ; la totalité des capacités juridiques seront maintenues ce qui améliorera le traitement des plaintes à la commission.

Le commissaire (R) constate qu'ont été réunies la commission de surveillance des activités médicales, la commission de surveillance des professions de la santé et le Conseil de surveillance psychiatrique (qui disposait de ressources administratives différentes). C'est ce dernier volet

– la privation de liberté à fin d’assistance – qui devrait être de nouveau séparé, mais la majorité des plaintes, y compris les hospitalisations en milieu psychiatrique, n’en relève pas et restera donc à la commission de surveillance.

M. Bron ne peut apporter de réponse précise sur ce point.

4. Audition de M. Louis Gaillard, président, et de M^{me} Myriam Gerber, directrice de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients

M. Gaillard indique avoir pris connaissance du rapport de M^{me} Manaï ainsi que des déclarations des membres du Grand Conseil. Il relate que lui-même a pris ses fonctions au 1^{er} janvier 2012 et M^{me} Gerber, au 1^{er} décembre 2011. L’auditionné note que la commission équivalente vaudoise a connu 18 cas en 2010, contre 79 à Genève, et que par le passé les dates de réunion étaient établies avec courtoisie pour les membres, les patients et les avocats – des dates fixées ont été arrêtées désormais pour accélérer les choses. L’octroi de la qualité de partie au patient implique en outre un coût certain.

M. Gaillard souligne que la commission accuse un manque de ressources rédactionnelles ; la question des mesures privatives de liberté à des fins d’assistance (PLAFA) occupe un poste de juriste, difficile à doter, ce qui est un facteur de ralentissement. M^{me} Gerber accomplit 60 heures par semaine pour assurer le fonctionnement, alors que la charge de présidence se montait l’an passé à 80 heures par an. Le Bureau est informé une fois par semaine, et échange des courriers électroniques très fréquents, alors qu’il siégeait autrefois une fois par mois.

M. Gaillard relève que la place donnée à la médiation le satisfaisait sur le papier. L’expérience montre que les attentes sont irréalistes : les protestations des patients sont vives et peu enclines à la communication ; le médecin, lui, se sent agressé dans son activité professionnelle face à son autorité de tutelle. La médiation est donc compliquée et décevante. Quant aux critiques sur l’obscurité du fonctionnement de la commission, l’auditionné souligne que celle-ci évolue dans le secret de la sphère privée et de l’activité.

Un commissaire (R) se félicite des réformes annoncées du fonctionnement de la commission. Il demande l’avis des auditionné-e-s sur le rapport de M^{me} Manaï, notamment sur l’absence d’examen de la durée moyenne de traitement, ainsi que sur le délai moyen de première audition après le dépôt d’une plainte et sur l’adéquation des ressources humaines

allouées à la commission, en comparaison de celles qui l'étaient aux trois anciennes commissions.

M. Gaillard estime que le rapport relève d'un propos universitaire et livre une analyse législative plus qu'il ne s'attache au vécu des situations.

M^{me} Gerber indique que le délai moyen de mise en route est de deux semaines à compter de la réception de la plainte. Le Bureau statue dans les trois jours : soit le cas est classé, soit un délai d'un mois est ouvert au professionnel incriminé pour réagir. Les parties restent informées. Autrefois, il fallait deux mois pour que le plaignant sache si l'affaire était classée ou si une procédure était ouverte. Pour ce qui est des ressources humaines, la réunion des trois commissions visait à augmenter les moyens juridiques pour accélérer la rédaction des décisions. Ce but n'a pas été satisfait suite à des démissions mais l'espoir perdu pour 2013 quand le pouvoir judiciaire absorbera une partie de l'activité.

Le même commissaire réitère sa question ; elle portait sur la période 2006-2011. Sur les ressources, il précise qu'il évoquait le nombre de commissaires, et non de juristes.

M^{me} Gerber répond que, pour la période 2007-2012, le délai total était de 23,5 mois. A quoi M. Gaillard ajoute que certaines procédures sont suspendues par des expertises exigées par les tribunaux, mais la durée moyenne resterait à 16 ou 17 mois. Le nombre de commissaires sera communiqué ultérieurement.

Une commissaire (Ve) demande si la commission dispose des ressources budgétaires pour financer l'augmentation du temps de travail du président et de la directrice. En outre, elle demande si la loi devrait être revue en le sens que la médiation pourrait être mal vue par un médecin ne souhaitant pas reconnaître un tort face à son autorité. Enfin, elle s'enquiert de liens de la commission avec les conseillers accompagnants dans le secteur psychiatrique, qui effectuent un travail de médiation.

M. Gaillard, sur le budget, répond s'en remettre au département. Sur la médiation, il relève l'opportunité de casser parfois le lien thérapeutique entre le médecin et le patient, plutôt que de chercher à le maintenir après une situation conflictuelle.

Une commissaire (S) relève que les réponses des auditionné-e-s aux problèmes soulevés par M^{me} Manai ne sont pas incompatibles, en revanche elle exprime sa perplexité face à la vision très positive du département. Par ailleurs, elle souhaite connaître la typologie des plaintes (répartition entre patientèle et profession) et l'état des ressources en 2012.

M. Gaillard indique n'avoir vu que des protestations de patients contre un médecin, ou dans une proportion bien moindre, d'institutions au sujet de dysfonctionnements de la pratique d'un médecin.

M^{me} Gerber ajoute, sur le second point, que les mois à venir seront difficiles puisqu'un nouveau juriste doit intégrer la commission. On compte deux juristes à 100 %, dont l'un consacre la moitié de son activité au volet psychiatrique. Trois secrétaires y travaillent aussi.

M. Gaillard précise qu'en 2013 l'activité sera restreinte et la dotation, conservée.

La deuxième commissaire (S) demande si l'obscurité de la loi empêche le travail et s'enquiert de la nécessité de la reformuler.

M. Gaillard ajoute qu'elle ne pose pas problème et qu'aucun retour n'est enregistré à son sujet. Il a été considéré que les compétences techniques étaient internes à la commission ; la question pourrait se poser de les transférer à l'extérieur.

Un commissaire (MCG) demande s'il est envisagé la mise en place d'une enquête de satisfaction auprès des utilisateurs de la commission et s'enquiert en outre des modalités de l'accès au dossier d'un patient décédé par un proche.

M. Gaillard répond que l'enquête donnera probablement des résultats extrêmement négatifs puisque le patient attend avant tout la santé, or les plaintes émanent surtout de personnes âgées. Certes, celles-ci fréquentent davantage les médecins, mais le traitement est souvent considéré comme adéquat, d'où une insatisfaction résiduelle. Sur la question des proches, il indique que ces derniers n'ont pas accès au dossier d'une personne décédée ; l'auditionné y voit une protection de la vie privée de cette dernière. Les proches qui souhaitent dénoncer le traitement reçu par un patient décédé sont considérés comme des dénonciateurs et n'ont pas accès à la procédure.

Un commissaire (UDC) constate que les plaintes surviennent lorsque l'état de la personne se dégrade malgré la qualité du traitement affirmée par le médecin.

M. Gaillard explique que les médecins des sous-commissions préavisent le dossier, ensuite débattu en commission plénière. Celle-ci doit bien s'en remettre à leurs observations.

La première commissaire (S) demande si la commission a une vocation plutôt professionnelle, ce qui explique la prévalence des médecins dans sa composition, ou éthique.

M. Gaillard observe qu'une situation éthique peut se passer de connaissances médicales. Quoi qu'il en soit, la composition se distingue par une prédominance psychiatrique.

M^{me} Gerber ajoute que le profil des dossiers traités, extrêmement techniques en général, justifie largement la présence des médecins.

La commissaire (Ve) demande si des groupes autres que les médecins et les juristes, en particulier les patients, sont suffisamment représentés.

M. Gaillard répond qu'il juge cette représentation suffisante, toutefois le rapport de forces fait que les médecins donnent le ton.

Le commissaire (R) demande si l'influence des psychiatres est vue favorablement ou pas.

M. Gaillard répond ne pas regretter cette situation.

5. Audition de M^{me} Anne-Marie Bollier, membre de l'Organisation suisse des patients (OSP)

M^{me} Bollier indique être pharmacienne de profession ainsi que présidente de l'Association des donateurs de l'OSP et membre du Conseil de fondation. Cette organisation est neutre et indépendante ; à ce titre elle refuse tout sponsoring de l'industrie pharmaceutique. Elle vient en aide aux patients qui ont connu des problèmes lors de soins dans le système de santé, ainsi qu'aux assurés, et a fêté ses 30 ans l'an passé. Elle dispose de quatre bureaux dans le pays, dont un aux HUG, et compte 5 000 membres individuels. Les finances s'appuient sur l'activité de l'association (40 %), les cotisations (30 %) et les subventions, dons, etc. (30 %).

M^{me} Bollier relate avoir été suppléante depuis l'automne dernier à la délégation psychiatrie au sein de la commission de surveillance. Selon elle, deux points du rapport sont à souligner : premièrement, la possibilité pour le patient de devenir partie à la procédure juridique est une avancée, afin qu'il ne soit pas frustré du manque d'information ; secondement, la médiation a été développée. L'OSP opère d'ailleurs une activité d'orientation des gens (par téléphone notamment) vis-à-vis des structures existantes, en distinguant risque, complication et erreur médicale. Selon le rapport, un tiers des cas adressés à la commission n'aboutit pas ; le « filtre » est donc fondamental. A une question du Vice-Président, elle indique ne pas disposer d'information sur la durée moyenne du traitement des dossiers par la commission.

Le Vice-Président demande si l'association s'occupe de déposer des plaintes pour patients.

M^{me} Bollier répond que l'OSP rédige des lettres mais ne conseille cette orientation que dans quelques cas : certains tiennent à s'y présenter même si cela sera vain et qu'ils en ont été avertis, certains n'ont pas les moyens de mandater l'OSP. Enfin, lorsque les gens ne souhaitent pas déposer plainte mais dénoncer une situation, l'association conseille de contacter le médecin ou le pharmacien cantonal.

Une commissaire (Ve) demande si l'association s'occupe aussi de litiges et quels contacts les centres entretiennent les uns avec les autres.

M^{me} Bollier répond que l'association reçoit 4 000 contacts par an en Suisse mais que seuls 200 entraînent une étude du dossier médical, soit 5 %. L'infirmière de conseil analyse le dossier et un avocat apprécie le bien-fondé d'un éventuel dépôt de plainte. 2 % de ces 5 % aboutissent devant un tribunal (soit que l'assurance n'a pas voulu entrer en matière, soit que la réparation est très importante au vu de la gravité du cas). Sur le second point, elle explique que les conseillères – des infirmières expérimentées formées à l'interne – ont deux journées annuelles de formation à Zurich, ainsi qu'une conférence téléphonique bimensuelle. Elles sont employées par la fondation et mettent chacune en place un réseau avec des médecins amis qui fonctionnent comme experts. Ils interviennent sans que leur nom figure nulle part et sont payés à un tarif ami (90 F / heure) ; certains y renoncent.

Un commissaire (R) constate que l'appréciation positive de l'auditionnée s'appuie sur le rapport – ce que celle-ci confirme – et demande si elle dispose d'une expérience pratique.

M^{me} Bollier répond avoir siégé sous l'ancienne loi, pour un mandat, en tant que représentante des pharmaciens. Deux personnes ont rapporté à l'OSP être insatisfaites de leur démarche devant la commission mais cette insatisfaction provenait d'un avis négatif essuyé devant cette structure. Par ailleurs, dans cinq à dix cas, il a été conseillé de s'adresser à la commission ou d'écrire au médecin/pharmacien cantonal. L'auditionnée reconnaît ne pas avoir expérimenté elle-même l'instance de médiation.

Une deuxième commissaire (Ve) s'enquiert des attentes de l'auditionnée quant au rôle de la commission de surveillance ainsi que de la définition qu'elle donne à la médiation.

M^{me} Bollier estime que la médiation débute au premier contact téléphonique, où les gens expriment leurs attentes. En général, il s'agit d'obtenir des excuses ou une reconnaissance de la faute plutôt qu'une réparation pécuniaire. L'absence de prise en charge à ce niveau suscite des attentes plus profondes ; or, la commission de surveillance impose un filtre sévère puisqu'elle exige une prise de contact écrite, succincte et française.

L'OSP offre davantage de spontanéité. Sur le premier point, l'auditionnée note que l'OSP ne peut prendre aucune sanction ; elle ne remplace donc pas la commission.

Une commissaire (S) souhaite des précisions sur le statut de partie des patients, commenté défavorablement lors de précédentes auditions. En outre, elle demande pourquoi les professionnels de la santé ne saisissent presque jamais la commission.

M^{me} Bollier répond sur ce point que cela peut être interprété comme une forme de délation entre collègues. Certaines alertes sont communiquées oralement. Sur le premier point, elle explique que devenir partie permet d'être entendu, ce qui répond au besoin du patient lésé de pouvoir nuancer son propos et de voir son problème reconnu ; la commission, elle, comprend mieux où se situe le problème en auditionnant les intéressés.

La deuxième commissaire (S) demande si le réseau d'experts amis est formalisé et en quoi il est utile d'informer le médecin cantonal. Elle souhaite aussi savoir quelle aide l'OSP apporte pour contacter la commission. Enfin, dans la mesure où la mise en danger de la santé publique peut exclure une médiation à la commission, elle s'enquiert de la définition de ce terme par l'auditionnée.

M^{me} Bollier répond que le réseau ne doit pas être formalisé au vu de la petitesse du bassin ; les médecins ne veulent pas s'exprimer sur le travail d'un confrère, il faut donc recourir à des experts plus lointains. Sur l'information du médecin cantonal, l'auditionnée relève que certains patients, sans déposer plainte, veulent éviter que le problème se reproduise. L'accumulation de plaintes peut ensuite initier une procédure. Sur l'aide, il faut noter que celle-ci varie selon les possibilités des personnes, dans la structuration du propos écrit. Sur la mise en danger de la santé publique, elle se dit en peine de répondre mais imagine que la répétition d'une erreur pourrait porter atteinte au fonctionnement des soins aux malades, ainsi qu'aux relations entre médecins et patients.

Le Vice-Président demande quelle proportion de cas provient du bureau HUG et si la mise à disposition d'un espace par l'hôpital n'atteint pas à la neutralité de l'OSP.

M^{me} Bollier répond que le bureau des HUG a enregistré 450 demandes en 2011 (40 % sont liés aux hôpitaux, contre 60 % en ambulatoire). A Genève, on est à parité de par la proximité du bureau avec les patients. L'espace médiation comprend des employés de l'OSP ; les patients pour qui cette neutralité est insuffisante sont aiguillés vers d'autres soutiens. En termes d'accession au dossier, la procédure est identique à un externe. Sans local

gratuit, le bureau ne pourrait subsister mais cela n'incline pas à la complaisance. Cette proximité permet aussi aux soignants de savoir à qui adresser les éventuelles plaintes.

Discussions de la commission à l'issue de l'audition de M^{me} Bollier

Le Vice-Président constate que l'OSP n'est pas à même d'apprécier directement l'activité de la commission de surveillance puisqu'elle ne collabore guère avec elle.

La première commissaire (S) relève que le travail de l'OSP paraît traiter bien des cas qui auraient pu aboutir à la commission.

La commissaire (Ve) observe un manque de compréhension du système de médiation ainsi que du rôle de la commission, ce qui questionne le degré d'information du milieu, plus encore en écoutant les propos de l'auditionnée, membre d'une sous-commission.

Le Vice-Président note que l'OSP joue surtout un rôle de médiateur supplémentaire, à côté du service de médiation des HUG.

6. Audition de M^{me} Shirin Hatam, conseillère juridique, Pro Mente Sana Genève

M^{me} Hatam indique être juriste à l'association Pro Mente Sana qui défend les droits et intérêts des patients psychiques, et qui est financée par des subventions de la Confédération, des cantons de Genève et Vaud, ainsi que par des dons. Deux délégations de la commission traitent du domaine qui intéresse l'association. L'auditionnée tient une permanence téléphonique pour cette dernière et oriente parfois certains patients vers la commission. En outre, l'association a proposé des personnes comme représentantes des associations défendant le droit des patients. Enfin, dans ce but, elle a sollicité à deux reprises la commission.

M^{me} Hatam constate que le fonctionnement de la commission est longtemps resté opaque pour les particuliers, en l'absence de site Internet et de formulaire pour la contacter. Les deux délégations psychiatriques statuent sur des problèmes de droits humains quand il s'agit de la détention régulière d'un aliéné. Autre point négatif, aucune jurisprudence n'est publiée par la commission ce qui jette le doute sur le bien-fondé de certaines décisions.

M^{me} Hatam revient sur les nominations, au sein de la commission, de membres d'associations se vouant statutairement à la défense des droits des patients. Celles-ci se sont déroulées difficilement ; le Conseil d'Etat doit nommer les intéressés après consultation des associations. Durant la première

législature, un proche, non-membre de Pro Mente Sana, a siégé au nom de Pro Mente Sana alors qu'il était également membre d'une association de proches des patients psychiatriques ; durant la seconde, ce même proche a siégé pour une autre association qui avait changé ses statuts pour pouvoir le déléguer. Loin d'être l'expression d'une amertume, cet élément soulève des questions : les proches n'ont pas de lien direct avec la question, et sont souvent plus favorables à restreindre la liberté des patients qu'à la garantir. En conséquence, aucun retour n'est donné par les membres représentant les associations. Pro Mente Sana compte un membre suppléant qui n'a pas été appelé à siéger.

M^{me} Hatam note que Pro Mente Sana espérait que la commission exerce une surveillance quant au respect des droits des patients, voire qu'elle émette des directives. Dans le domaine psychique, le risque de dérives est important ; il importe d'avoir des principes généraux, plutôt que de régler chaque cas en justice. En 2007, Pro Mente Sana a donc demandé l'analyse d'une directive de Belle-Idée quant à l'application de la chambre fermée contre les fugues. La commission a refusé d'émettre un avis afin de rester libre, en cas de dénonciation, de procéder à l'examen de sa conformité avec le droit. En 2008, un arrêt du Tribunal fédéral a donné raison à Pro Mente Sana, condamnant l'hôpital qui avait sanctionné une fugue par la mise en chambre fermée du patient à son retour. La commission a donc échoué dans son objectif.

M^{me} Hatam observe que, en 2009, Pro Mente Sana a écrit au Conseil d'Etat – avec copie à la commission – au sujet d'une directive sur l'investigation sociale urgente. Un risque de violation des intérêts personnels des patients était soulevé. Aucune réponse n'a été reçue et, qui plus est, le rapport d'activités de la commission affirme que la directive en question n'a pas suscité de réactions des patients.

M^{me} Hatam relate enfin que Pro Mente Sana a dû écrire à plusieurs reprises pour obtenir le rapport annuel de la commission – au départ une simple feuille – alors que la commission vaudoise publie son rapport et le diffuse sur son site. Pro Mente Sana regrette en outre que la commission n'établisse pas de statistiques sur les privations de liberté à des fins d'assistance ni sur les chambres fermées, ne publie pas de jurisprudence, pas plus qu'elle n'aide à l'orientation des patients, aux modalités de dépôt de plainte. L'association souhaiterait que la fonction de surveillance et de directive de la commission prenne plus d'ampleur, notamment de manière plus spontanée pour les patients psychiques. La commission pourrait être modifiée sur la base du modèle tessinois ; dans ce dernier canton, un organisme de défense des patients peut entrer à l'hôpital et autres lieux de

soins et pointer les problèmes sur le terrain, offrant un miroir des pratiques. Le professeur Marco Borghi est la personne de référence sur cette question.

Un commissaire (R) demande des précisions sur le proche nommé à la commission ; il s'enquiert de la personne qui occupe l'autre poste dévolu aux organisations de défense des patients.

M^{me} Hatam explique que l'association de proches, Le Relai, a changé ses statuts pour introduire la notion de défense des droits des patients dans ses statuts, ce qui la rend « éligible » pour la désignation. Après des travaux de négociation entre associations, qui ont finalement échoué, les deux sièges titulaires ont été attribués à Psychex et à l'OSP, les deux suppléances, à Pro Mente Sana et au Relai.

Le même commissaire demande si la durée de traitement des dossiers à la commission paraît satisfaisante à l'auditionnée (dès l'inscription de la plainte d'une part, entre le dépôt et l'instruction de la plainte d'autre part).

M^{me} Hatam se dit en peine pour répondre : son travail consiste à orienter les gens. Dans les délégations psychiatriques, qui se réunissent très fréquemment, le rythme est bon.

Une commissaire (Ve) demande l'avis de l'auditionnée sur la structure de médiation.

M^{me} Hatam répond qu'elle l'a peu expérimentée. Elle informe les personnes qui la consultent de l'existence de cette médiation mais souvent celles-ci ne sont pas intéressées par cette démarche, soit parce qu'elles ont déjà échoué à la médiation de l'OSP aux HUG, soit parce qu'elles ont adopté une position plus combative, se sentant attaquées en tant que patients psychiatriques.

Une commissaire (S) demande si l'auditionnée estime qu'une commission plénière large, soutenue par de multiples délégations à deux personnes, est un bon système et comment elle voit le statut de partie accordé aux patients.

M^{me} Hatam estime que certaines questions aiguës de droits humains ne sont pas traitées par la commission, qui discute plutôt de pratique médicale que de base légale. L'intérêt public lui paraît aussi une notion peu discutée. L'auditionnée connaît l'historique qui a entraîné la création de cette commission, il serait donc difficile de juger si mieux faire était possible. Sur le statut de partie, elle y voit une normalité pour garantir l'accès au dossier. Il s'agit d'une difficulté pour qui veut en voir une.

Un commissaire (PDC) regrette le défaut d'utilisation des compétences de Pro Mente Sana par la commission. Il suggère que M^{me} Hatam rédige un petit

rapport sur l'analyse du fonctionnement de celle-ci pour les patients atteints de problématique psychique.

Le Vice-Président constate que, lors d'une procédure, la composition de la commission est communiquée pour les cas de récusation mais elle n'est pas publiée sur Internet. Il s'enquiert du formulaire et de la jurisprudence évoqués par l'auditionnée.

M^{me} Hatam relate que, dans les autres cantons, la composition de la commission est publique. Pour les personnes en privation de liberté à fin d'assistance, une aide à la rédaction existe en milieu hospitalier. Le pouvoir judiciaire fournit aussi des éléments d'aide, par exemple pour les prud'hommes ; il devrait donc être possible de créer un formulaire. Pour identifier une jurisprudence, les rapports d'activité ne suffisent pas ; son absence donne l'impression de décisions opaques, or il faudrait clarifier les éléments qui conduisent à une restriction de la liberté individuelle.

Un commissaire (UDC) demande de quoi se plaignent principalement les patients psychiques.

M^{me} Hatam répond qu'ils se plaignent d'avoir été injustement enfermés, par manque de patience des soignants ; certains veulent sortir de l'institution, à ceux-ci l'auditionnée indique quelle est la procédure de demande de sortie. Les patients critiquent aussi beaucoup la médication. L'auditionnée note que, dans une situation d'enfermement, certains détails prennent une ampleur inédite et la simple écoute est déjà un soulagement.

Le Vice-Président s'enquiert de la situation quant aux directives anticipées et demande si des plaintes existent à leur sujet.

M^{me} Hatam répond que les directives anticipées consistent, pour le patient, à dire ce qu'il veut qu'il soit fait, ou non, pour lui, tant qu'il a le discernement, dans la perspective du moment où il ne l'aura plus. Ce document lie le médecin. L'auditionnée note avoir été interpellée quant à une influence des hôpitaux sur les patients psychiques pour faire accepter des traitements qui leur déplaisent (accepter des neuroleptiques par exemple). Belle-Idée a émis une directive sur le sujet : si un refus de neuroleptique prolonge l'hospitalisation et exige plus de moyens, il sera fait appel au comité d'éthique pour passer outre aux directives anticipées. Pro Mente Sana a contesté cette directive ; les médecins, eux, se plient plutôt au diktat des assureurs qui menacent de refuser de payer, en relayant cette pression sur le patient. En 2013, le nouveau droit de protection de l'adulte permettra de ne pas respecter les directives anticipées des patients psychiques privés de liberté à des fins d'assistance. Genève pourrait intervenir sur le règlement d'application.

Le Vice-Président indique que la commission est également saisie d'une motion sur la possibilité de créer un centre d'expertises médicales cantonal. L'expérience de l'auditionnée dans ce domaine lui permettrait d'apporter des éléments d'information.

Discussions de la commission à l'issue de l'audition de M^{me} Hatam

La commissaire (Ve) s'interroge sur le processus de médiation, auquel M. Gaillard ne croyait guère alors qu'il est censé le faire appliquer. Elle souhaiterait donc une explication de la notion de médiation tant sur le plan juridique qu'interpersonnel.

La commissaire (Ve) ajoute que comprendre l'intention qui a motivé l'introduction de la médiation dans la loi serait peut-être plus éclairant.

M. Bron précise que M. Gaillard critiquait la médiation dans les cas flagrants de nécessité de rompre le lien thérapeutique et au vu de la position offensive adoptée par les personnes qui s'adressent à la commission. Il ajoute que la pesée d'intérêt incline souvent à une entrée en matière a priori.

Le commissaire (R) se souvient que la médiation visait à décharger sensiblement la commission en prenant en charge les cas plus « simples » ; elle s'enracinait dans un projet de loi du Conseil d'Etat. Il n'estime pas que cette mesure ait accéléré notablement les travaux de la commission et souhaite connaître les délais de traitement des plaintes.

M. Bron s'engage à fournir les statistiques demandées. Il admet que la médiation n'a pas amélioré la situation, à la différence de la réorganisation de la structure. Sur la question de l'opacité du fonctionnement de la commission, il note que tout est public. Un site Internet pourra effectivement être créé. Il souligne que tout placement restreignant la liberté fait l'objet d'un examen individuel automatique, dans un délai de trois jours. Sur la composition de la commission, M. Bron observe que les partenaires doivent s'entendre ; comme cela n'a pas été possible, le département a dû répartir les postes au mieux. Sur la jurisprudence, il relève qu'existe désormais une réelle volonté de la publier, comme c'était le cas autrefois.

La commissaire (S) appelle à rester attentif aux connaissances du monde associatif, en particulier lorsque les structures émettent des propositions comme l'a fait Pro Mente Sana. Elle constate que l'attribution des places en commission permet à l'Etat de choisir ses partenaires et que ce processus devrait privilégier leurs compétences.

Un commissaire (MCG) souhaite des éclaircissements sur le comité d'éthique qui peut dispenser du respect des volontés exprimés par le patient capable de discernement.

Le Vice-Président explique que les directives anticipées doivent être respectées par le médecin, dont le travail, basé sur des protocoles, se trouve alors compliqué. Se passer du consentement du patient, ou passer outre à son refus, nécessite le recours à un comité d'éthique dans les cas extrêmes. M^{me} Hatam semblait dire qu'il y était recouru trop souvent.

Le même commissaire demande à connaître le nombre de décisions prises contre l'avis du patient.

La commissaire (Ve) croit savoir que Belle-Idee réfléchissait à édicter la directive évoquée ; Pro Mente Sana a donc réagi. Il faudrait donc vérifier si le projet a été mené à terme. En 2013, les privations de liberté à des fins d'assistance intégreront le volet judiciaire des tutelles. Une commission mène des auditions à ce sujet.

Une deuxième commissaire (Ve) déplore qu'il faille s'y prendre à trois fois pour obtenir un rapport d'activités, ce qui confirme le caractère opaque du fonctionnement de la commission. Sa qualité laisse aussi à désirer, au vu de l'absence de certaines statistiques.

M. Bron transmettra ce propos à la commission.

Le commissaire (R) précise qu'il souhaite connaître de façon différentielle les chiffres qu'il a demandés ; sachant que les délais quant aux privations de liberté à fins d'assistance sont tenus, leur moyenne dissimulerait le problème posé par les délais de traitement des plaintes.

La deuxième commissaire (S) voit un lien possible entre le sentiment d'opacité quant au fonctionnement de la commission et le caractère obscur de la loi relevé par M^{me} Manai.

M. Bron indique qu'un dialogue fructueux s'est noué avec la nouvelle équipe de la commission pour améliorer les délais : augmentation des moyens juridiques, implication accrue du président, locaux pour les sous-commissions, etc.

Le commissaire (UDC) conteste le caractère éthique d'un comité qui ne respecte pas les directives anticipées, prises pour se protéger contre l'effet de médicaments.

Le Vice-Président relate avoir été l'avocat de la première patiente suisse qui a obtenu la reconnaissance des directives anticipées. Le corps médical de l'institution y était opposé farouchement et vit encore mal l'idée de ne pas donner de soins à un patient souffrant.

Le commissaire (PDC) relève la nécessité d'une instance qui prend des décisions dans ce contexte lorsque le patient est dangereux : il faut pouvoir protéger également le corps médical.

7. Discussion de synthèse de la commission et vote

M. Bron explique qu'une série d'informations sur la commission a été publiée sur le site Internet du DARES. Sur la période 2007-2012, la durée moyenne des procédures, du dépôt de la plainte à la décision, est de 23,5 mois ; la durée moyenne entre le début de l'instruction et la décision est de 21,5 mois. On compte donc deux mois pour déterminer le lancement d'une procédure. Il rappelle que, sur ce dernier point, les délais avaient été raccourcis à deux semaines depuis l'entrée en fonction de M. Gaillard et de M^{me} Gerber. A titre de comparaison, la commission de surveillance des activités médicales connaissait un délai de traitement des plaintes de 26 mois et la commission de surveillance des professions de la santé, de 21 mois. Des dispositions avaient été prises pour réduire les délais par M. Gaillard.

M. Bron, concernant le fait d'outrepasser les directives anticipées, renvoie à la loi sur la santé, art. 48 : « lorsque le professionnel de la santé a des raisons de penser que les directives anticipées ne correspondent plus à la volonté actuelle du patient ou qu'il existe un conflit d'intérêt entre le patient et le représentant qu'il a désigné, il doit saisir l'autorité tutélaire ». Le représentant est désigné dans les directives anticipées. En cas de mise en danger de la vie du patient, le médecin devra agir « conformément aux intérêts objectifs du patient, en tenant compte de la volonté présumée de celui-ci » (art. 49). Pratiquement, aux HUG, si les directives sont communiquées d'avance à l'institution, rendez-vous est pris pour s'assurer du discernement de la personne et de son identité. Si elles sont rédigées durant un traitement, des guides et une assistance sont disponibles pour aider à leur rédaction. Sur le nombre de cas où on a outrepassé la volonté exprimée par les patients, il n'existe pas de statistique.

Un commissaire (MCG) demande pourquoi ceci n'est pas recensé. Sur un an, il souhaiterait savoir dans combien de cas, et pour quelle raison si possible, la directive anticipée n'a pas été respectée. Cela lui paraît questionner le fonctionnement institutionnel.

Un commissaire (PCC) souligne qu'il est difficile de concevoir comment l'information serait recueillie. Seuls des incidents critiques ou des plaintes pourraient en fournir l'occasion.

M. Bron ajoute que, effectivement, la procédure de soins sur le terrain ne prévoit pas le recueil de l'information à un moment précis. Ceci constitue d'ailleurs un problème pour tout monitoring. Il s'agit ensuite de peser le rapport entre l'effort que la création de cette statistique nécessite et son utilité.

Un commissaire (R) demande si les cas anciennement dévolus au Conseil de surveillance psychiatrique ont été retirés du calcul, car le délai lui paraît très court ; il souhaiterait donc disposer des données extrêmes. Enfin, il souligne derechef que l'experte mandatée, M^{me} Manaï, n'a pas répondu sur ce point. Il indique que lui-même a ouvert une procédure auprès de la commission, voici deux ans.

M. Bron confirme que les cas PLAFFA ont été retirés du calcul. Il imagine que la plainte évoquée a suivi son cours.

Le deuxième commissaire (MCG), hors cas d'urgence, estime qu'il devrait être possible d'identifier dans quel cas l'autorité en charge a été saisie pour passer outre à des directives anticipées.

M. Bron propose de transmettre cette problématique au secrétariat général des HUG.

Une commissaire (S) demande quelles échéances le Conseil d'Etat s'est fixées pour intégrer les réflexions de M^{me} Manaï dans une modification de la loi sur la santé au 1^{er} janvier 2013.

M. Bron répond que l'ensemble de la révision du droit de la tutelle va être déposé dans les semaines ou jours qui viennent. Dans ce train législatif, une modification de la loi sur la santé et de la loi sur la commission de surveillance est prévue.

La Présidente indique que la Commission judiciaire en est déjà saisie. Le retour au Grand Conseil ne devrait pas intervenir avant octobre malgré une intensification des travaux.

M. Bron explique que la recommandation de M^{me} Manaï consiste en l'accroissement des moyens de la commission, hors PLAFFA. Le transfert administratif sera fait au pouvoir judiciaire mais les ressources juridiques seront conservées, permettant une augmentation des moyens de l'ordre d'un tiers. Il cite aussi l'optimisation des réunions du Bureau, de la commission et des sous-commissions.

Un commissaire (UDC) rejoint le premier commissaire (MCG) sur la nécessité d'établir une statistique, en particulier dans les établissements psychiatriques. Un tableau Excel ne lui paraît pas si difficile à tenir.

M. Bron insiste sur la complexité du processus de définition d'une statistique (fixer les critères de respect et non-respect de la directive, établir un protocole, sensibiliser le personnel...), en particulier lorsque celle-ci est censée aider à la décision.

Le premier commissaire (MCG) réitère son indignation, en comparant la directive anticipée à un testament.

La Présidente enregistre le souhait de ces deux commissaires.

La Présidente indique qu'il ne lui semble pas nécessaire de déposer une résolution de commission au sujet du RD 882.

Un commissaire (L) précise qu'il s'agit de prendre acte du rapport, avec des recommandations le cas échéant, ou de le renvoyer au Conseil d'Etat qui devra fournir un nouveau rapport. Il annonce le soutien du groupe libéral à cet objet.

Le commissaire (R) appelle à prendre acte de ce rapport tout en soulignant les critiques qui ont été formulées au cours des travaux.

Vote final

La Présidente demande à ses collègues s'ils souhaitent prendre acte du RD 882.

Pour : 12 (2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 2 MCG)

Contre : 0

Abstention : 1 (1 S)

La commission prend acte du RD 882.

M. Charles Selleger est désigné rapporteur. Le délai de dépôt est fixé au 28 août 2012.

Préavis sur la catégorie de débats : Extraits.

8. Conclusions du rapporteur

A l'issue de ces trois séances consacrées à l'analyse du RD 882, force est de constater que le fonctionnement de la commission de surveillance et des droits des patients souffre encore de nombreuses imperfections. Force est également de constater que le rapport du Conseil d'Etat ne reprend pas toutes les réserves émises par l'experte chargée du rapport concernant les effets de la loi sur la commission de surveillance, et que cette dernière n'a pas complètement effectué le travail pour lequel elle était mandatée.

Ces réserves émises, la commission a jugé inutile de déposer une résolution de commission ou de renvoyer le rapport pour complément ou modification au Conseil d'Etat. Les nouvelles nominations survenues à la tête de la commission (présidence et direction) ainsi que la prochaine réattribution des tâches, en relation avec le droit des patients hospitalisés contre leur volonté en milieu psychiatrique, au pouvoir judiciaire, sont de nature à amener des réformes et à fluidifier le travail de la commission de surveillance.

La Commission de la santé attend le prochain rapport d'évaluation qui, au terme de la loi, doit être établi par le Conseil d'Etat tous les deux ans. La prochaine échéance devrait donc être en juillet 2013, soit dans moins d'une année.

Sur la base du présent rapport, la Commission de la santé, quasi unanime, vous recommande, Mesdames et Messieurs les députés, de prendre acte du RD 882.

Annexe 1 : Prise de position de Psychex, en date du 30 avril 2012

*Annexe 2, consultable sur le site internet du Grand Conseil : RD 882
(<http://www.geneve.ch/grandconseil/data/texte/RD00882.pdf>)*

1211 Genève 3
Tel. 022 310 60 60
Fax 022 310 60 68
PC 87-517871-4
romand@psychem.org

PSYCHEX
Raus dem Irren-Haus!
aus

8026 Zürich
Tel. 0848 00 00 33
Fax 044 818 08 71
PC 80-39103-2
info@psychem.org

Lundi, 30 avril 2012

Tel. 022.310.60 60, Fax 022 310 60 68

CP 3508,1211 Genève 3



GRAND CONSEIL	
Expédié le : 4-5-12	Visa : IRP
Par poste	Par courriel
Président X	Députés (100)
Commissaires X	Bureau
Secrétariat	Archives
Commission : de la Santé	
Copie à :	
Divers : remis en debate	

République et canton de Genève
Grand Conseil
Commission de la santé

Concerne: RD 882 au Grand Conseil sur l'évaluation des effets de la loi sur la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients.

Mesdames, Messieurs les Député-e-s,
Madame la Présidente
Monsieur le Vice-président,

PSYCHEX est une association de droit privé qui intervient en faveur des personnes internées contre leur volonté dans des établissements psychiatriques et qui y subissent des traitements forcés. Psychem a été créée en 1987 à Zurich. Un bureau romand a été ouvert en 2000. Psychem est lié par un contrat de prestations avec l'OFAS qui lui verse une subvention.

La spécificité de cette association est d'intervenir sur le terrain, dans les établissements psychiatriques. Elle met à la disposition des personnes internées des avocats spécialisés qui défendent les personnes concernées directement devant les tribunaux.

Psychem a pris connaissance du rapport RD 882 relatif à l'objet mentionné ci-dessus dont la lecture suscite les observations suivantes.

Aux termes de l'art. 1 al. 3 LcomSP, la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients veille, comme son nom l'indique, au respect du droit des patients. De tous les patients.

Vereinssekretärinnen

RA Roger Burges
Lukasstr. 4
9008 St. Gallen
Tel. 071 223 54 68
Fax 071 223 54 69

RA Kurt Mäder
Postfach 2006
8026 Zürich
Tel. 0848 00 00 33
Fax 044 818 08 71

Me Ghislaine de Marsano-Ermoult
Case Postale 3508
1211 Genève 3
Tel. 022 310 60 60
Fax 022 310 60 68

La défense de leurs intérêts est assurée non seulement au sein de la Commission de surveillance des droits des patients mais également au sein de la Commission du secret professionnel par la participation, prévue légalement, des représentants d'organisations se vouant statutairement à la défense des droits des patients (art. 3 al.2 litt. LcomSP et art 12 al.2 LS)

La diversité des situations examinées par ces deux instances requiert de la part des organisations se vouant statutairement à la défense des droits des patients, une multiplicité de compétences qui ne peut être garantie que par la diversité de leur domaine d'intervention : organisation de défense à vocation générale, organisation de défense spécifique à un trouble, organisation nationale, romande ou cantonale

PSYCHEX est convaincue que la légitimité et la crédibilité de la participation des dites organisations au sein des deux commissions est tributaire de leur capacité à appréhender l'intérêt général des patients au-delà des différences spécifiques à chaque organisation. C'est pourquoi, elle a présenté ou soutenu des candidatures d'origines variées. Cette conviction est d'autant plus ferme que la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients se verra retirée à compter du 1^{er} janvier 2013 les compétences et le contrôle qui lui étaient attribués en vertu de la loi sur la privation de liberté à des fins d'assistance du 7 avril 2006 et en vertu des articles 49 et 50 LS relatif aux mesures de contrainte.

Bien que la mission de Psychex soit de défendre les personnes internées contre leur volonté dans des établissements psychiatriques, nous ne reprendrons pas ici l'examen du rapport susmentionné concernant le volet de la mission psychiatrique de la commission de surveillance dans la mesure où cette mission va être dévolue au Tribunal de protection à compter du 1^{er} janvier 2013 et que PSYCHEX a été auditionnée par le groupe de travail qui a préparé les projets de loi PL 10957 et PL 10958.

Néanmoins PSYCHEX constate que la surveillance des établissements psychiatriques était, sous l'empire de la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques du 7 décembre 1979 (LPAAM), attribuée au Conseil de surveillance psychiatrique qui « inspectait *in corpore* les établissements psychiatriques au moins une fois par an, sans préjudice de visites inopinées »¹. Cette compétence n'a plus été explicitement attribuée à la Commission de surveillance dans le cadre des lois sanitaires du 7 avril 2006. Or des situations rencontrées par les délégations de la commission de surveillance lors des déplacements à la Clinique de Belle Idée ou à l'UPHA depuis le 1^{er} septembre 2006, auraient justifiées l'envoi d'instructions à la Direction de l'établissement afin d'assurer la protection, la sécurité, l'hygiène et la dignité des patients.

¹ Pierre-C. Weber, La protection du patient par le droit psychiatrique genevois, in Plaidoyer 1/1996 p.55.

VereinssekretärInnen		
RA Roger Burges	RA Kurt Mäder	Me Ghislaine de Marsano-Ernout
Lukasstr. 4	Postfach 2006	Case Postale 3508
9008 St. Gallen	8026 Zürich	1211 Genève 3
Tel. 071 223 54 68	Tel. 0848 00 00 33	Tel. 022 310 60 60
Fax 071 223 54 69	Fax 044 818 08 71	Fax 022 310 60 68

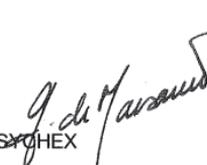
3

Pour le futur, l'art. 387 nCC issu de la Loi fédérale du 19 décembre 2008 sur la protection de l'adulte prévoit que les cantons assujettissent les institutions qui accueillent des personnes incapables de discernement à une surveillance, à moins que celle-ci ne soit déjà prescrite par une réglementation fédérale.

Psychex est d'avis que cette compétence devra être attribuée explicitement à la commission de surveillance qui exercera un contrôle effectif et sera autorisée légalement à faire des visites inopinées dans les lieux accueillant des personnes incapables de discernement. Pratiquement ce contrôle pourra être confié, non pas à la Direction, mais à une « délégation » composée d'un psychiatre exerçant en dehors des murs des institutions, d'un juriste et d'un représentant des organisations de défenses des droits des patients. La participation de ce dernier est indispensable car les organisations qu'il représente ont, par leur présence sur le terrain et par leurs contacts directs avec les patients et leurs proches, une bonne connaissance du fonctionnement des établissements et de leurs dysfonctionnements. Le Tribunal de protection pourra signaler les situations de cas concrets constatés dans les institutions recevant des personnes incapables de discernement lors des « audiences » se tenant sur place.

En remerciant la Commission de l'attention portée à la présente, nous vous prions de recevoir, Mesdames, Messieurs les Député-e-s, Madame la Présidente, Monsieur le vice-président l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Pour PSYCHEX


Ghislaine de Marsano-Ernout
Avocate

RA Roger Burges
Lukasstr. 4
9008 St. Gallen
Tel. 071 223 54 68
Fax 071 223 54 69

Vereinssekretärinnen
RA Kurt Mäder
Postfach 2006
8026 Zürich
Tel. 0848 00 00 33
Fax 044 818 08 71

Me Ghislaine de Marsano-Ernout
Case Postale 3508
1211 Genève 3
Tel. 022 310 60 60
Fax 022 310 60 68