

Date de dépôt : 17 septembre 2013

Rapport

de la Commission de la santé chargée d'étudier la pétition concernant la situation de la psychiatrie adulte

Rapport de M^{me} Christine Serdaly Morgan

Mesdames et
Messieurs les députés,

La Commission de la santé a examiné la pétition mentionnée lors de deux séances (31 mai et 14 juin 2013), au cours desquelles elle a bien sûr auditionné les pétitionnaires, et procédé à deux auditions complémentaires.

Le DARES a assisté aux travaux de la commission, en la personne de M. Adrien Bron, directeur, direction générale de la santé, et de M. Pierre-François Unger, conseiller d'Etat.

Les procès-verbaux ont été tenus par M^{me} Laura Platchkov et M. Sébastien Pasche que nous remercions.

La pétition en bref

La pétition, déposée à fin 2012, prend appui sur le départ accru des HUG de médecins psychiatres durant l'année écoulée (84 sur 415 médecins), ainsi que sur les économies annoncées du plan Per4mance des HUG et ses incidences possibles sur le domaine de la psychiatrie. L'inquiétude relative à une absence de politique cantonale en matière de santé mentale – ou une politique pilotée par la seule visée économique – y est manifestée, et les pétitionnaires souhaitent de ce fait alerter le canton quant aux conséquences d'une absence de moyens dans ce domaine.

Les pétitionnaires

La pétition a été déposée par deux associations, Le Relais et Pro Mente Sana, et signée par, respectivement, son président et son secrétaire général. Ces associations sont toutes deux actives auprès de patients souffrant de troubles psychiques et auprès de leurs proches, que ce soit au niveau de leur accompagnement (Le Relais) ou de leurs droits et de leurs intérêts (Pro Mente Sana). Pro Mente Sana est par ailleurs au bénéfice d'un contrat de prestations avec l'Etat de Genève, ainsi qu'avec l'Office fédéral des assurances sociales. Toutes deux entretiennent des relations étroites avec l'ensemble des acteurs genevois concernés par la psychiatrie adulte.

Les travaux de la commission et ses conclusions

La Commission de la santé a auditionné les pétitionnaires, ainsi que deux médecins : le professeur Pandelis Giannakopoulos, chargé du département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, et le docteur Yasser Khazaal, président de la Société suisse de psychiatrie sociale.

Les auditions ont mis l'accent sur la nécessité de disposer d'une politique cantonale en matière de santé mentale, dont une partie reposerait sur le développement d'une psychiatrie sociale et communautaire, avec des prestations extrahospitalières, ambulatoires, avec le développement de structures intermédiaires et un réseau d'acteurs permettant un accompagnement psychosocial. Ces conclusions sont convergentes avec les questions soulevées lors de l'examen du rapport relatif à la planification sanitaire cantonale (RD 875-A) qui a donné lieu à une résolution (R 697) dont une invite était spécifique à la psychiatrie :

« Le Grand Conseil [...] invite par ailleurs le Conseil d'Etat [...] à mettre davantage en évidence, dans la prochaine période de planification sanitaire, l'attention portée à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques, en particulier dans ses aspects ambulatoire, médico-social (lits de long séjour) et de structures intermédiaires ».

D'entente avec le conseiller d'Etat, **la commission suggère ainsi que l'examen de la présente résolution, pour autant qu'elle soit renvoyée au Conseil d'Etat, se fasse de concert avec la résolution 697.**

Auditions

Audition de Pro Mente Sana et de l'Association Le Relais, pétitionnaires

La commission a reçu MM. Julien Dubouchet Corthay, secrétaire général de Pro Mente Sana, et Jean Dambron, président de l'Association Le Relais.

Caractéristiques de la situation actuelle

Départ de médecins psychiatres

2012 a vu un très grand nombre de médecins quitter les HUG, dont 22 chefs de clinique. L'abandon de la clause du besoin est une explication au phénomène, mais vraisemblablement pas la seule. Un phénomène identique ne s'est pas produit au CHUV dans le canton de Vaud.

Le remplacement de ces médecins a été effectué ; certains médecins étrangers sont arrivés. L'absence de connaissance du réseau genevois et la rupture des liens établis laisse à penser qu'il faudra 2 à 3 ans pour récupérer ces départs. La collaboration avec les HUG est importante et bonne et il s'agit là d'une perte. Cette méconnaissance du réseau et de ses possibilités peut aussi conduire au renforcement du recours à la médication qui reste une crainte véritable. Dans le domaine des troubles psychiques, la médication est plutôt de l'ordre du soin palliatif que de la guérison, le but de la psychiatrie n'étant pas simplement de neutraliser les gens du point de vue des inconvénients sociétaux qu'ils peuvent représenter, mais de viser à une réintégration optimale.

Cadre légal et prestations sociales

Avec l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur la protection de l'adulte et de l'enfant, le 1^{er} janvier 2013, l'interdisciplinarité prend désormais une place centrale dans les décisions à prendre par le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (TPAE). Le médecin ne décide pas seul, mais les assistants sociaux, la famille, etc. prennent également part à la décision. Dans ce contexte, du temps et des ressources humaines sont nécessaires, les proches sont de plus en plus impliqués, et les familles ont besoin d'être soutenues.

Du côté des curatelles, le Service de protection de l'adulte (SPAD) dispose de moyens insuffisants, et une assistante sociale s'occupe actuellement de 140 mandats. Elle se concentrera de ce fait sur les problèmes financiers de la personne qu'elle a à charge, mais le lien humain est impossible dans ces conditions.

On observe par ailleurs un problème de fluidité dans le système de prise en charge. Avec le nouveau droit de la protection de l'adulte, des placements

à des fins d'assistance et des hospitalisations non volontaires sont en augmentation. Certaines personnes sortent de Belle-Idée et y reviennent quelques jours après par ordonnance du tribunal parce qu'elles ont un problème social. Cela génère des coûts.

Structures alternatives à l'hospitalisation

Si le recours à la psychiatrie institutionnelle (HUG) est souvent plus intéressant au début de la prise en charge d'une situation, car il permet d'accéder à un réseau de médecins, d'infirmières, d'assistants sociaux, la tendance de la politique genevoise de la psychiatrie est de vouloir redonner une autonomie aux personnes et une vie digne.

Il y a cependant un déficit majeur de lieux de vie qu'il faudrait penser de manière diversifiée, plus ou moins médicalisés, intermédiaires, comme autant de moyens de passer de l'hôpital à une vie plus normale, et/ou de quitter le domicile des parents, une fois la personne arrivée à l'âge adulte. Le but des parents est de trouver des lieux de vie de manière à ce que leur enfant acquière une autonomie et soit à même d'anticiper le fait qu'un jour ils disparaîtront.

Il y a aujourd'hui des listes d'attente et l'Hospice général, par exemple, doit parfois loger certaines personnes dans des hôtels qui ne sont pas toujours accueillants et qui ont un coût. La précarisation des personnes est risquée, tant pour elles-mêmes que pour les coûts qu'elles engendrent par la suite en multipliant les aller-retour avec l'hôpital.

Dans le domaine de la santé psychique, l'absence de traitement, de lieu de vie adéquat, amène à une péjoration des situations, à une chronicisation des troubles. Les troubles psychiques ne sont par ailleurs pas des affections définitives. Les gens connaissent des épisodes de troubles. Beaucoup cessent d'en avoir, se stabilisent, et trouvent des moyens de mener une vie conforme aux attentes de la société.

Les troubles psychiques sont souvent expérimentés à la sortie de l'adolescence et au début de l'âge adulte. Il y a des personnes qui arrivent à l'AI alors qu'elles n'ont qu'une vingtaine d'années. Dans ces cas, cela implique 40 ans de rente AI. L'intérêt d'agir sur ces situations est donc évident du point de vue économique. Il est nécessaire d'avoir cette vision à long terme des investissements dans le domaine de la santé.

Enfin, il faut rappeler que l'organisation actuelle de l'Etat, avec la séparation au niveau des départements du social et de la santé pèse aussi sur l'efficacité d'une politique dans ce domaine. S'il y a un dialogue entre les départements, cette construction tend à favoriser une centration des différentes institutions sur leur corps de métier.

Ressources humaines et alliage des métiers

Les mesures d'économie annoncées sont de 4 millions de francs en 2013 et de 2,3 millions en 2014. En 2012, 22 postes infirmiers et 6 postes d'assistants sociaux ont d'ores et déjà été supprimés. Or, la présence d'assistants sociaux est capitale. En effet, dans les problèmes psychiques, le social et le médical sont liés, pour faire évoluer la personne concernée.

La réponse du Conseil d'Etat par rapport à la diminution prévue des assistants sociaux dans le domaine de la psychiatrie (QUE 77-A) est à ce titre source d'inquiétude. La logique, qui voudrait que l'on soigne à l'hôpital et que, pour l'aspect social, il existe de nombreuses associations spécialisées ainsi que l'Hospice général, est risquée. Pour la psychiatrie, qui est une discipline de la relation, le temps est un facteur essentiel.

Nouvelles approches

Au-delà des connaissances dites « scientifiques » sur la psychiatrie, il y a tout une série de connaissances par les usagers eux-mêmes qui ont développé des méthodes, des stratégies pour se rétablir. Pour soutenir ces dynamiques, il y a moins besoin de médicalisation que de structures intermédiaires, de lieux qui permettent une forme d'expérimentation de l'autonomie et dans lesquelles les personnes réapprennent à retrouver les ressources en elles-mêmes pour faire face à leurs troubles.

Il existe également des projets tels que les « pairs aidants » (anciens usagers de la psychiatrie) que l'on peut intégrer dans les équipes de santé et éducatives. Ce sont des personnes qui amènent le regard des patients dans le traitement et qui permettent d'éviter une approche par trop pharmaceutique et de développer des stratégies plus créatives. Ils apportent d'autre part, auprès des patients, un message d'espoir sur la possibilité de se rétablir, ce qui favorise beaucoup l'alliance thérapeutique qui reste le fondement indispensable à une prise en charge réussie.

Il faut, pour développer de tels projets, une vision assez large, et la tendance actuelle laisse craindre une recentration sur des missions plus immédiatement évidentes.

Discussion

Dans la réponse à la question écrite mentionnée plus haut (QUE 77-A), il est dit qu'il y a une baisse des cas psychiatriques dans les hospitalisations, comme dans l'ambulatorio. D'un autre côté, il semblait que l'on avait désigné Genève comme une ville ayant beaucoup de problèmes liés notamment à la dépression. Quelle est l'appréciation des associations de la situation aujourd'hui ? (S). (Pétitionnaires) : La diminution des lits n'est pas un indice

de diminution des problèmes psychiques, mais la marque d'une tendance générale européenne, issue notamment de la demande des patients. C'est la fin du monde asilaire, et un tournant ambulatoire souhaité et souhaitable. C'est aussi une question de financement des soins, et la pression qui s'exerce va dans le sens d'une diminution des durées d'hospitalisation.

Toutefois, la question de la demande reste difficile à évaluer. Une majorité des personnes présentant des symptômes de troubles psychiques ne font l'objet d'aucune prise en charge thérapeutique. De nombreux troubles font l'objet d'une gestion sociale et pas forcément l'objet de demandes auprès des institutions psychiatriques. Il n'y a pas d'éléments qui permettraient de penser que la situation s'améliore du point de vue de la santé psychique générale par rapport à la connaissance que l'on a des facteurs facilitants. Une étude américaine citée par *Le Temps*, effectuée sur les effets des politiques d'austérité sur la santé, montrait que l'incertitude économique et les restrictions dans d'autres secteurs que la santé elle-même ont des impacts sur la santé psychique. On sait par ailleurs que les problèmes de drogues, d'alcool, de stress sont des facteurs qui favorisent l'expression chez certaines personnes de fragilités génétiques sur le plan psychiatrique. Enfin, on citera les troubles schizophréniques qui concernent 1% de la population dans tous les pays du monde, quel que soit le niveau social ou économique.

Ressent-on des effets de la réduction du personnel ? (Ve). (Pétitionnaires) : Les effets ne se traduisent pas encore au niveau de la qualité de la prise en charge (abandon de prestation), mais il manque un peu de recul. Les horaires ont été aménagés et ils sont plus restreints.

Comment les pétitionnaires voient-ils les structures intermédiaires ? (S). (Pétitionnaires) : Il y a eu des foyers qui étaient des structures intermédiaires médicalisées qui dépendaient des HUG. Ces foyers étaient d'excellents moyens de refaire un projet de vie et de réhabilitation dans la vie « normale ». Ils ont été supprimés. Il y a aujourd'hui à nouveau la volonté, et des projets. Il existe actuellement quelques structures comme l'établissement médico-social La Méridienne et l'unité communautaire d'intégration (UCI) qui dépend de l'hôpital. Il existe des projets à partir d'EMS pour recréer des lieux de vie qui dépendront plus ou moins des HUG. Ces lieux paraissent très intéressants pour ne pas pérenniser les gens à l'hôpital et les préparer à une vie plus normale.

Il existe aussi désormais des expériences de lieux sans encadrement (Marseille). Il s'agit d'une mise à disposition de logements, et de tabler sur les ressources des personnes.

Que peut-on faire de manière préventive, sans moyens trop importants ? (UDC). (Pétitionnaires) : Beaucoup de troubles psychiques commencent autour de 18-25 ans. Les personnes devraient être prises en charge le plus vite possible pour éviter que leur situation ne se péjore, à l'instar du programme Jade¹ qui mise sur une sensibilisation de la personne quant à l'importance de se faire soigner. En effet, il y a au départ, souvent un refus. Dans ce programme, il y a ensuite une remise dans un travail éventuel, avec des « jobs coach » qui vont accompagner la personne à différents niveaux dans des entreprises pour leur intégration. La réintégration de personnes qui ont déjà 15 ans de parcours psychiques derrière elles sera beaucoup plus difficile que si elles sont accompagnées dès le départ.

Souvent, on perd beaucoup de temps au départ, par méconnaissance des structures. Il n'y a pas uniquement la prise en charge de la personne concernée, mais aussi celle des familles : si les familles vont mieux, les patients iront mieux aussi. Ces lieux de vies sont des moyens de les associer.

La difficulté est de trouver la balance entre sécurité et liberté : on veut respecter le choix de la personne, mais en même temps, il y a des besoins de soins. Ce n'est pas facile : ce sont des adultes, il y a des lois. Si la personne ne met pas sa vie ou celles des autres en danger, ou si elle a la capacité de discernement, on ne peut rien faire. Le parcours est forcément long et il n'y a pas de recettes toutes faites. On avance souvent par petits pas. Aussi, chaque cas est individuel.

Audition du département de santé mentale et de psychiatrie des HUG

La commission a reçu le professeur Pandelis Giannakopoulos, médecin-chef du département.

A propos des nombreux départs de médecins des HUG au cours de l'année 2012, il faut rappeler que certains médecins ont dû rester au sein de l'institution, contrairement à leur intention, en raison de la clause du besoin. Au lieu de contrôler le flux de manière permanente, on agit au contraire par à-coups, avec des conséquences sur la qualité des soins, en tout cas à court

¹ ndlr : Jade est un programme de soin, dépendant des HUG, spécialisé dans les troubles psychiques débutants. Il comporte deux structures ambulatoires : la Consultation Accueil et Prévention (CAP) et le Programme Stabilisation pour l'Intégration (SPI) ainsi qu'une Unité Hospitalière (Alizé – UHA). L'équipe d'intervenants est multidisciplinaire visant une prise en charge intégrée (psychologique, pharmacologique, familiale et groupale). Elle est composée de médecins, infirmiers, psychologues, assistantes sociales, psychomotriciennes, ergothérapeutes et musicothérapeutes.

terme. De nombreux départs ont eu lieu de Genève vers le canton de Vaud. Il y a ainsi une présence forte dans les cantons romands de psychiatres formés à Genève. Il s'agit de personnes avec de bonnes compétences techniques, mais sans véritable perspective professionnelle au sein des HUG, en raison d'une inadéquation du point de vue de leur profil académique.

Sur le plan des impacts économiques, les HUG sortent d'une période au cours de laquelle ils ont dû être restructurés. La restructuration du département de psychiatrie dans le cadre du Plan Performance a permis, tout en faisant des redimensionnements, de créer une nouvelle structure : un centre de consultation psychiatrique aux Eaux-Vives. La vision globale de la restructuration du département est importante et doit tenir compte des aspects positifs, notamment la pertinence de la diminution de la masse hospitalière et le développement de structures ambulatoires.

Il existe cependant un problème pour les patients qui ont de lourds déficits psychosociaux, dont la prise en charge est problématique. En effet, si des efforts importants sont faits pour les situations de crise et les personnes hospitalisées une première fois, il n'existe pas assez de structures adaptées pour les personnes ayant des troubles chroniques, par exemple des personnes schizophrènes ou bipolaires. Les conditions pour entrer dans les foyers existants sont sévères, ce qui empêche beaucoup de patients d'y accéder.

La crainte des associations est que Genève se calque sur des modèles extrêmes qui ont conduit, par exemple dans certains Etats des USA, à la fermeture d'hôpitaux psychiatriques.

La mise en place d'une institution spécialisée est complexe et le système actuel ne favorise pas l'implantation de telles institutions. A titre d'exemple, un EMS spécialisé dans les pathologies psychiatriques a pu voir le jour, mais il aura fallu un travail de deux ans.

L'accueil de ces patients dans les meilleures conditions possibles est un défi à relever et constitue encore à ce jour une problématique ouverte.

Discussion

Malgré le nombre élevé de psychiatres dans la ville (450), les cas les plus lourds en psychogériatrie, ne sont pas traités ; le problème découle du fait que les psychiatres ne peuvent pas toujours travailler dans le domaine pour lequel ils ont été formés. L'on ne trouve actuellement pas assez de gens formés pour ce type de patients. Faut-il répondre à ce problème par un travail en amont ?

Et à quel niveau faut-il investir, sur la base du constat que ni la faculté ni l'hôpital n'ont développé de structures permettant de s'occuper des personnes âgées souffrant de troubles psycho-sociaux de manière chronique, au sein de

structures légères, afin de réduire le nombre d'hospitalisation ? (PDC). (HUG) : Il y a deux types de profils : les personnes âgées et les personnes jeunes, avec des besoins différents. La faculté ne s'occupe pas de cela, car ce n'est pas la partie la plus attrayante pour un curriculum universitaire.

La situation est de surcroît délicate, car lorsque l'on parle de problèmes liés à la santé le secteur social dit que ce n'est pas son domaine et inversement. Ce qui explique que seuls deux projets à cheval entre le social et la santé ont abouti durant ces quatre dernières années : l'EMS La Méridienne et l'Appartement Kaolin où interviennent des éducateurs. Le département de psychiatrie des HUG met à disposition de ces deux structures des infirmières. Il est nécessaire de dégager des fonds pour ce type de structures, et il faut une véritable volonté politique pour ce faire.

Concernant les personnes âgées, ces dernières années les patients étaient pris en charge à l'extérieur de l'hôpital, essentiellement dans des EMS. Il y a au contraire aujourd'hui un retour de flux vers le milieu hospitalier. C'est le signe d'un manque de structures adaptées pour les personnes âgées aux déficits comportementaux. La seule solution apportée à ces cas est une mise à disposition de lits de crise dans le centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie de l'âge.

La prise en charge de personnes âgées pourrait-elle être effectuée par des référents, afin de garantir un suivi cohérent ? Et les psychologues ne constituent-ils pas une pièce du puzzle à combler au sein de la problématique de la psycho-gérontologie ? (PDC). (HUG) : En qui concerne les « case managers » pour les patients âgés souffrant de démence, une discussion est en cours et un bilan devrait être fait à la fin de l'année 2013. La question des psychologues est par ailleurs essentielle. Cependant ces professionnels doivent avoir des notions de neuropsychologie clinique, ce qui n'est pas évident à trouver. De manière générale, on pourrait mieux utiliser les psychologues dans les milieux professionnels.

Comment s'y prendre pour dessiner le plan de psychiatrie cantonale souhaité et que faut-il faire, de manière pragmatique, d'ici là ? (S). (HUG) : A court terme, il faut mettre en place des appartements protégés et des lieux à l'extérieur de l'hôpital.

Le nombre de nouveaux cas de maladies psychiatriques aiguës diminue, mais, une fois qu'une personne présente ce type de pathologies, il faut y faire face de manière permanente. Il faudrait de ce fait augmenter le nombre de structures pour le suivi de ces personnes, ce qui permettrait de mieux contrôler le flux.

Avec l'expérience de la participation à la planification psychiatrique à Lausanne, le constat est que la difficulté réside moins dans la formulation du plan que dans la mise en œuvre des lignes de la planification. Il n'est toutefois possible de mettre en place des structures à cheval entre le social et la santé que si la volonté est de nature politique.

Sous quelle supervision les deux structures intermédiaires évoquées sont-elles placées ? (S). (HUG) : Il s'agit d'une collaboration entre le secteur privé et les HUG. La question de fond est de savoir à qui appartient ce mandat. Il y a actuellement une grande réticence au niveau des coûts dans le secteur sanitaire, mais pour la psychiatrie, cela ne devrait pas occasionner de coût supplémentaire. Certaines structures pourraient ainsi être supervisées par les HUG.

Quel serait le nombre de structures nécessaires et quel serait le type de structure le mieux adapté ? Quelles sont les démarches effectuées aujourd'hui pour une personne sortant d'une hospitalisation, mais pas encore prête à regagner la vie quotidienne de façon normale ; des hospitalisations sont-elles actuellement prolongées pour ce motif ? (R). (HUG) : Les structures de type EMS ne doivent pas dépasser 15 à 18 lits, afin de garantir une bonne gestion des personnes. Un projet d'une quinzaine d'appartements protégés (studios) est aujourd'hui déposé. L'avantage de ce type de structure est d'offrir une certaine autonomie aux personnes qui en ont besoin. Pour les personnes qui n'ont pas le niveau pour rentrer dans des foyers pour personnes handicapées, les solutions sont restreintes et mal adaptées : il y alors des prolongements d'hospitalisation et de séjours en hôtels. Ces derniers cas sont plutôt nombreux, mais ne constituent pas une solution idéale.

La durée d'hospitalisation semble avoir diminué et il y aurait eu en conséquence des diminutions de lits. Dans un tel contexte, répond-on correctement aux crises et ne provoque-t-on pas des retours des mêmes personnes à l'hôpital, contribuant ainsi à une augmentation du coût de la santé ? Par ailleurs cette situation serait-elle susceptible de démotiver le personnel et de l'inciter à quitter Genève ? (Ve). (HUG) : Le taux d'hospitalisation est resté plus ou moins le même ces dernières années ; la moyenne des séjours est de 9 jours. Un hôpital psychiatrique doit être un organisme vivant, qui ne doit pas prendre l'aspect d'un hospice ou d'un asile. Les personnes qui font des séjours plus longs sont des personnes souvent en prise avec la marginalité, notamment des consommateurs de drogues et des personnes séropositives. Cette dernière catégorie de personnes est celle qui est susceptible de démotiver le personnel. Il existe donc un réel besoin de trouver une solution durable pour ces personnes, avant qu'elles ne se dispersent et échappent au système de soins.

La commission avait compris qu'il n'y aurait pas de diminution des postes d'assistants sociaux pour l'année en cours. Quelle est cependant la situation pour les années suivantes ? Existe-t-il des solutions à moyen terme avec des institutions de ville ? (S). (HUG) : Il n'y a en effet pas de diminution du nombre d'assistants sociaux pour cette année (2013) et il n'y en aura pas non plus pour les années suivantes. Il est difficile de gérer ces patients, raison pour laquelle l'on se renvoie la balle et qu'au final personne ne veut les prendre en charge.

Si une idéologie prônant un suivi interminable n'est pas bonne, une restructuration peut être envisagée, sans aller toutefois plus loin dans une optique de diminution des postes d'assistants sociaux.

Il y a 12 ans (2000), M. Unger avait essayé de mettre sur pied une réforme négociée de la psychiatrie entre tous les partenaires comprenant une sectorisation géographique avec des points de correspondance entre les médecins hospitaliers et un appartement, ou un EMS, etc. Il ajoute que la question de l'assistant social ne se posait pas vraiment, ce professionnel se trouvant dans le secteur où se trouvait le patient. Le projet n'a pas abouti en raison de l'organisation facultaire et d'une sectorisation des spécialités des médecins. L'enjeu est de trouver un équilibre avec un ancrage communautaire plus fort, tout en permettant aux professionnels d'avoir les compétences cliniques, et pas seulement des compétences académiques. (DARES). (HUG) : On sait en effet qu'un regroupement d'un type de patients ne garantit pas un meilleur traitement, mais il existait à l'époque un certain « maquis institutionnel ». Depuis, la situation a évolué par la création d'un service ambulatoire psychiatrique. Ce dernier est fondamental si l'on veut garder des techniciens. Il est nécessaire par ailleurs de disposer de personnes faisant de la recherche, et de différencier les fonctions pour laisser les techniciens exercer sur le plan clinique. Dans cette optique, trois professeurs viendront prochainement de l'étranger et se concentreront spécifiquement sur la recherche de pointe.

Audition de la Société suisse de psychiatrie sociale

La commission a reçu le docteur Yasser Khazaal, président du comité central (2013) et président de la section romande.

La SSPS était composée à la base de médecins, mais aujourd'hui elle comprend des professionnels d'autres corps de métiers, afin de mettre en priorité l'intégration transversale. Il existe des partenariats avec les milieux académiques, mais aussi avec de nombreux acteurs sociaux.

Le constat est que la psychiatrie communautaire est insuffisamment développée à Genève. Cette forme de psychiatrie est mieux acceptée par les patients que la psychiatrie. Elle se développe depuis une dizaine d'années dans plusieurs pays, où des expériences ont prouvé leur intérêt.

La psychiatrie sociale et communautaire implique un changement de paradigme : passer d'une optique basée sur les aspects sécuritaires vers une centralisation sur le rétablissement du patient.

Une volonté forte ainsi qu'une visibilité de la démarche sont nécessaires. Elles doivent se traduire par des partenariats entre les associations de patients, les associations de proches ainsi que l'ensemble des partenaires sociaux. Il ajoute qu'il ne s'agit plus d'une culture centrée sur les symptômes, mais au contraire sur la participation active des personnes et sur leur rétablissement, ce qui nécessite une forte interaction entre le médical et le social. Cette même interaction doit exister au niveau politique.

De nombreuses personnes en prise avec des problèmes psychiques se retrouvent parfois pénalisées, car le système tarifaire est basé essentiellement sur les aspects médicaux et non sociaux. Il est toutefois reconnu qu'une approche interdisciplinaire favorise l'évolution des personnes et est appréciée à la fois par les patients et leurs proches, pour un coût égal.

La pression des coûts est bien sûr sensible. La question est complexe concernant la santé mentale, car elle implique des recoupements entre les sphères sociale et médicale et il existe actuellement un retard au niveau du remboursement de ces frais. Au niveau politique, il est nécessaire de mettre la priorité sur ce type de ponts.

Discussion

Quelles formes prend cette psychiatrie communautaire sur le terrain ? (PDC). (SSPS) : Il s'agit de développer des équipes interdisciplinaires capables de gérer la transition entre l'hôpital et la sortie d'hospitalisation, ainsi que des alternatives sur le plan des prestations dans le milieu de la personne concernée. La logique est la souplesse au niveau de l'offre de soins, afin de pouvoir diminuer la part hospitalière.

Le but de cette démarche est de fournir un suivi en soutenant directement les personnes, notamment dans des projets professionnels dans lesquels les personnes se reconnaissent. Au Canada, par exemple, il existe une démarche d'accompagnement à travers des projets qui permettent aux personnes d'augmenter leur capacité à utiliser leurs propres ressources, ce qui permet à terme de valoriser leurs compétences.

Dans le canton de Vaud, il existe depuis une dizaine d'années certains modèles semblables à ceux décrits, soutenus lors des phases de recherche par des fonds nationaux, et qui ont fait leurs preuves.

Dans les expériences vaudoises les aspects sociaux ont-ils été pris en charge par les caisses d'assurance ? (S). (SSPS) : Tant la conception de l'offre que le rapprochement sur le terrain entre santé et social ont été présents. Sur le plan de la LAMal, seule une partie des soins était prise en charge, mais il ne faut pas attendre les changements de système de facturation avant d'agir et construire une véritable psychiatrie sociale.

La réussite passe aussi par une implication réelle des associations concernées dans le processus.

Quelles sont les relations entre l'association et l'AI, concernant notamment les aides à l'insertion professionnelle des personnes ? (MCG). (SSPS) : Il y a eu des conférences entre l'association et l'AI, mais il existe des divergences de positions. La synergie avec l'AI n'est pas encore assez développée, le modèle est encore trop administratif. Il y aurait des améliorations à faire, notamment en matière de bourses d'emploi à la journée comme c'est déjà le cas à Zurich.

Conclusion

Les auditions ont mis en évidence des visions convergentes et complémentaires. L'évolution de la psychiatrie est moins une question de coût que de nouveaux « maillages » et d'une volonté politique pour ce faire. Il s'agit dès lors de donner ce signal qui permette de mettre en place des synergies. Au DARES et au DSE de se mettre d'accord, afin que les deux départements se donnent les moyens de déclencher un certain nombre d'actions autour de la problématique de la psychiatrie sociale et communautaire.

Le renvoi de la pétition au Conseil d'Etat, avec l'expression du souhait qu'elle soit traitée avec la résolution liée à la planification sanitaire, est accepté à l'unanimité des personnes présentes, avec :

OUI :	13 (2 S, 2 Ve, 1 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 2 MCG)
NON :	—
Abstention :	1 (1 Ve)

l'abstention étant liée non pas au fond, mais à la réserve d'un membre de la commission impliqué professionnellement.

Pétition (1854)

concernant la situation de la psychiatrie adulte

Mesdames et
Messieurs les députés,

Le Relais est une association genevoise de soutien aux proches de personnes souffrant de troubles psychiques, fondée en 1989 et reconnue d'utilité publique.

Pro Mente Sana est une association de défense des droits et intérêts des personnes souffrant de troubles psychiques qui est au bénéfice d'un contrat de prestations avec l'Etat de Genève et l'Office fédéral des assurances sociales. C'est à ce titre que nos associations entretiennent des relations étroites de partenariat avec tous les acteurs genevois de la psychiatrie adulte, partenariat qui comprend notamment :

- des rencontres régulières à Belle-Idée avec des responsables concernant l'accueil des familles dans cette institution ;
- des réunions régulières en ville avec d'autres associations concernées (patients et proches) et le Département de Psychiatrie Adulte (responsables à divers niveaux) ;
- un partenariat privilégié avec l'Equipe Mobile de Psychiatrie Adulte. Le Relais a favorisé sa création et fait partie du Comité de pilotage de cette équipe ;
- la participation d'un soignant, au sens large (médical ou psychosocial) aux groupes de soutien du Relais, chaque mois ;
- la participation de représentants des HUG aux conférences et débats que nous organisons sur différents sujets relatifs à la santé mentale ;
- interventions dans la formation, au niveau des cours postgrades, de médecins et infirmiers, ainsi que dans la formation en travail social (HETS).

Ces liens réguliers, basés sur la confiance réciproque, sont indispensables à une bonne prise en charge des patients et un bon partenariat avec les familles. C'est également fort de ces expériences, ainsi que de notre connaissance du réseau psycho-social en général, que nous devons constater avec inquiétude certaines évolutions en lien avec la psychiatrie adulte.

Départ de nombreux médecins des HUG en 2012

Cette année a vu en effet le départ de nombreux médecins et la psychiatrie a été parmi les secteurs les plus touchés : 415 médecins en onze mois dont 84 psychiatres. Des médecins expérimentés ayant occupé des postes à responsabilités se sont même « expatriés » pour devenir des responsables dans d'autres cantons (Fribourg, Valais).

Selon des informations que nous tenons de source certaine, ces départs ne peuvent pas être mis seulement sur le compte de la suppression de la clause du besoin, qui a certes joué un rôle, ou de choix individuels de carrière. Est notamment en jeu la question du « management » du personnel, qui ne semble pas toujours privilégier la concertation et la délégation des responsabilités.

D'importantes lacunes sont également à déplorer en matière de développement de la motivation et de l'encouragement, au sein de professions souvent difficiles où le côté humain, surtout en psychiatrie, est très important.

Par ailleurs, des changements importants peuvent être dommageables pour les personnes concernées par des troubles psychiques et pour leurs familles. C'est pourquoi tous ces départs inquiètent beaucoup nos associations, surtout que les liens tissés, le capital d'expériences professionnelles et humaines sera difficile et long à rétablir avec de nouvelles personnes engagées, pour autant encore qu'elles le soient.

Nouvelles mesures d'économie

Nos craintes déjà exprimées sont évidemment renforcées par les annonces qui se succèdent ces jours – on parle de 116 postes de travail supprimés en 2013 déjà – sur le nouveau plan d'économie des HUG, dont le mauvais goût de ses auteurs a voulu qu'il se nomme « per4mance ». Alors que son prédécesseur, Victoria, tout aussi malheureusement nommé, a laissé des séquelles durables au niveau de la psychiatrie, il apparaît que cette dernière ne sera pas épargnée, bien au contraire, par les nouvelles mesures. Si nous avons déjà le sentiment que ce secteur est en voie de devenir, avec les autres formes de médecine communautaire, un parent pauvre du monde médical genevois, nous devons relever qu'une nouvelle aggravation de sa situation serait de surcroît en totale contradiction avec la planification sanitaire cantonale. Cette dernière reconnaît en effet, à juste titre, l'augmentation des besoins en matière de santé psychique. A se demander qui du Conseil d'Etat ou de Boston consultings détermine la politique sanitaire genevoise ?

Au-delà de la seule question de la prise en charge des personnes concernées par les troubles psychiques, cette politique de « santé économique » ne l'est que pour elle-même et sûrement pas pour la collectivité prise dans son ensemble. En effet, les conséquences économiques des troubles psychiques lorsqu'ils ne font pas l'objet d'un traitement adéquat sont bien supérieures aux coûts qu'ils peuvent engendrer à l'intérieur du système sanitaire – il n'est que de penser aux coûts induits par les incapacités de travail.

C'est ainsi que nous en appelons à vous, Mesdames et Messieurs les députés, pour qu'une réflexion sérieuse soit menée sur les moyens qu'il convient de donner à nos institutions pour qu'elles puissent conduire une véritable politique de santé mentale, indispensable au bon fonctionnement d'une société comme la nôtre. Et que l'on arrête enfin avec ces plans d'économies successifs, dignes des heures glorieuses de l'Union soviétique pour ce qui est de leur vision technocratique. Ceux-là n'ont pour conséquences que de déstabiliser les personnels de la santé, les soins, et partant les patients et leurs proches.

En vous remerciant par avance de porter à nos préoccupations l'attention qu'elles méritent, nous demeurons à votre entière disposition pour vous faire part plus avant de nos constats et propositions.

N.B. 2 signatures

p.a. Pro Mente Sana

M. Julien Dubouchet Corthay

Secrétaire général

40, rue des Vollandes

1207 Genève

Association Le Relais

M. Jean Dambon

Président

Maison des Associations

15, rue des Savoises

1205 Genève