c) lettre de DERS SA (diamants – pierres de couleurs), du 30 septembre 1981.

7. Par lettres des 22 et 30 septembre 1981, le président de la commission des pétitions demande:

a) que la pétition 468, de la CITRAP, concernant les conditions d'exploitation de la ligne TPG 12, soit transmise à la commission des TPG;

b) que la pétition 485, de Mme M. Bornet, concernant le principalat d'Avully, soit transmise à la commission de l'enseignement et de l'éducation;

c) que la pétition 487, de l'Association des démolisseurs de Peney, concernant le nouveau tracé de la route de détournement de Peney, soit transmise à la commission de développement du canton.

Ces pétitions sont envoyées aux commissions respectives.

8. Par lettre du 8 septembre 1981, la Communauté genevoise d'action syndicale (CGAS) demande à être entendue par la commission qui sera chargée d'examiner le projet de loi 5316, concernant la modification de la loi sur l'organisation judiciaire et la loi sur le Tribunal administratif.

Cette lettre sera lue lorsque nous examinerons ce projet de loi qui figure à notre ordre du jour.

D'autre part, vous avez tous reçu le rapport de la commission d'enquête sur les institutions psychiatriques genevoises, qui figurera dans le «Mémorial».

RAPPORT DE LA COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES INSTITUTIONS UNIVERSITAIRES PSYCHIATRIQUES GENEVOISES

Du 1er septembre 1981

SOMMAIRE

	Pages
1. Préambule	3741
1.1 Constitution de la commission	3741
1.2 Mission	3742
1.3 Organisation et déroulement du travail	3743
1.4 Procédure suivie par la commission; méthode de travail	3744
1.5 Dépôt du rapport	3747
1.6 Aspects juridiques	3747
2. La clinique de Bel-Air dans le cadre des institutions psychiatriques universitaires à Genève et en Suisse	3747
2.1 Considérations générales	3747
2.2 Evolution des institutions psychiatriques à Genève depuis 1976	3748
2.3 Activité clinique et qualité des soins	3750
2.31 Impact de la rupture avec l'extrahospitalier; troubles de la communication	3750
2.32 Description des soins donnés à la clinique de Bel-Air	3753
2.321 Thérapeutiques biologiques	3753
– Les médicaments	3753
– Les cures de sommeil	3753
et de détente	3754
– L'électro-choc	3754
2.322 L'ergothérapie	3754
2.323 Les mesures d'isolement	3755
2.324 Les autres thérapeutiques	3756
2.325 Les soins infirmiers	3757
2.326 Le respect de la personne et l'intégrité du malade	3758

	Pages
2.327 Les soins spécialisés	3759
– Les toxicomanes	3759
– Les alcooliques	3759
– Les adolescents	3759
– Les détenus	3760
3. Direction de la clinique Bel-Air, enseignement et recherche	3760
3.1 La direction médicale de la clinique	3760
3.2 L'enseignement à la clinique de Bel-Air	3762
3.3 La recherche à la clinique de Bel-Air	3764
3.31 Généralités	3764
3.311 Recherche sur la physiopathologie des psychoses	3765
3.312 Recherche sur la maladie de Pick	3765
3.313 Recherche anatomo-pathologique et morphologique	3766
3.314 Recherche neurophysiologique et électro-encéphalographique	3766
3.315 Recherche en psychopharmacologie	3766
3.316 Psychologie expérimentale	3766
3.32 Valeur de la recherche	3766
3.33 Ethique de la recherche	3767
3.34 Comptes relatifs à la recherche	3768
3.35 Conclusions concernant la recherche	3768
4. Points *d* et *f* de la mission	3769
5. La direction des IUPG	3769
5.1 Introduction	3769
5.2 Propositions pour une nouvelle organisation	3770
5.21 Création d'un poste de directeur général administratif des IUPG	3770
5.22 Création de trois services médicaux distincts	3771
5.23 Représentation médicale des IUPG	3773
6. Autres propositions de réorganisation des IUPG	3773
6.1 Centre de crise au CMCE	3773

	Pages
6.2 Unité de psychiatrie à l'Hôpital cantonal	3773
6.3 Déficience mentale	3774
6.4 Psychiatrie infanto-juvénile	3774
6.5 Psychiatrie gériatrique	3774
7. Remarques finales	3775
7.1 Le Conseil de surveillance psychiatrique	3775
7.2 La Commission administrative des IUPG	3775
8. Réponse aux questions	3776
Annexe: Documents consultés	3778

1. **Préambule**

1.1. *Constitution de la commission*

La commission d'enquête, composée de 5 membres choisis à titre personnel, a été constituée comme suit par le Conseil d'Etat le 29 septembre 1980:

- M. le Dr Daniel Sorg, médecin interniste, vice-président de la Commission administrative des Institutions universitaires de psychiatrie;
- M. le professeur Jacques Bernheim, directeur de l'Institut de médecine légale de l'Université de Genève;
- M. le professeur Charles Durand, ancien médecin-directeur du secteur psychiatrique ouest du canton de Vaud et de l'Hôpital psychiatrique de Prangins;
- M. le professeur Ralph-W Straub, directeur du département de pharmacologie de l'Université de Genève;
- M. Jacques Tagini, ancien secrétaire général du Département de la prévoyance sociale et de la santé publique.

1.2 *Mission*

La commission a été chargée de faire rapport dans les meilleurs délais, au Conseil d'Etat ainsi qu'à la Commission administrative des Institutions universitaires de psychiatrie, en examinant:

a) Si les patients accueillis à la clinique de Bel-Air sont soignés selon les notions généralement admises dans les autres cliniques universitaires de psychiatrie en Suisse.

b) Si, compte tenu de l'état actuel d'avancement de la science, les thérapeutiques appliquées dans cet établissement sont les meilleures possibles et respectent la personnalité et l'intégrité du malade, ceci dans le contexte particulier des admissions volontaires et non volontaires dans un hôpital psychiatrique.

c) Si le directeur médical de la Clinique universitaire de psychiatrie de Genève possède les qualités requises pour diriger cet établissement. L'enquête devra porter aussi bien sur les activités cliniques, qui impliquent des choix thérapeutiques, que sur celles d'enseignement et de recherche, et inclure pour ce dernier point les recherches paracliniques entreprises sur certains patients. La commission d'enquête devrait pouvoir apprécier si l'orientation donnée à la clinique dans le domaine de la recherche se fait au détriment d'autres activités importantes.

d) Si le clivage qui semble se manifester toujours plus fortement entre le secteur hospitalier et le secteur extrahospitalier des Institutions universitaires de psychiatrie – cas échéant également avec les médecins de ville – est réel sur le plan conceptuel comme sur celui de la mise en œuvre des meilleures thérapeutiques. Dans l'affirmative, si un tel état de fait est compatible avec le rôle imparti par la loi aux Institutions universitaires de psychiatrie et répond aux objectifs qui avaient motivé, il y a quelques années, l'introduction de la sectorisation, devant en principe éviter toute solution de continuité dans le traitement des patients.

e) Si la gestion collégiale actuelle pose, dans le domaine médical et sur le plan de la gestion des Institutions universitaires de psychiatrie, des problèmes qu'une structure médico-administrative hiérarchisée serait mieux à même de résoudre.

f) Si l'ensemble des problèmes évoqués sous points *a* à *c* a entraîné ou risque d'entraîner à l'avenir des répercussions fâcheuses sur le comportement et les prestations des collaborateurs des Institutions universitaires de psychiatrie.

Pour mener à bien sa mission, la commission d'enquête était habilitée à recourir à toutes auditions et expertises qui lui paraissaient utiles.

1.3 *Organisation et déroulement du travail*

Dans sa décision du 29 septembre 1980, le Conseil d'Etat a chargé le Dr Daniel Sorg de la présidence de la commission. Au cours de sa première réunion, le 14 octobre 1980, celle-ci a nommé le professeur Ralph-W. Straub en qualité de vice-président et a chargé M. Jacques Tagini de son secrétariat. Lors de cette séance, le conseiller d'Etat Willy Donzé a procédé à l'exhortation des membres de la commission d'enquête au sens de la loi sur les commissions officielles.

La commission a tenu 46 séances. Sous le sceau du secret, elle a entendu 68 personnes et 4 délégations d'associations. Cette nécessité du secret, permettant souvent d'obtenir un témoignage plus complet, plus spontané, explique que nous n'avons pas appuyé certaines remarques, certaines conclusions par des références à des personnes entendues ou par des exemples précis qui en auraient à coup sûr décelé la provenance.

Des membres de la commission ont visité la Clinique universitaire de pychiatrie de Bel-Air, les 20 mars et 15 juillet 1981, sous la conduite du professeur René Tissot, directeur médical.

La commission a siégé régulièrement une fois par semaine. Deux de ses membres ont visité les cliniques psychiatriques universitaires suisses, où ils ont trouvé partout un accueil chaleureux et le souci d'apporter une contribution utile.

La commission a été reçue deux fois par le conseiller d'Etat Aloys Werner.

Elle a pris connaissance, soit sur demande, soit spontanément, des informations écrites provenant de spécialistes suisses ou étrangers.

La plupart des procès-verbaux des auditions ont été tenus par des collaboratrices du secrétariat général du Département de la prévoyance sociale et de la santé publique (Mademoiselle Dora Muri et Madame Gisèle Bonello) et occasionnellement par Madame Marguerite Aguet, sténotypiste parlementaire. La commission leur exprime ses vifs remerciements.

La commission exprime également ses remerciements à tous ceux qu'elle a entendus pour la disponibilité, la courtoisie et la patience dont ils ont fait preuve.

1.4 *Procédure suivie par la commission; méthode de travail*

Dans un premier temps, la commission a réuni des informations sur la situation actuelle de la clinique psychiatrique de Bel-Air, dans le cadre des Institutions psychiatriques universitaires genevoises (ci-après IUPG). Après quelques semaines d'enquête, elle s'est trouvée en présence d'un grand nombre de témoignages, spontanés ou sollicités, concernant le séjour des patients accueillis à la clinique de Bel-Air. Ces témoignages mettaient en particulier en cause la qualité des soins donnés dans cet hôpital.

En présence de ces déclarations, la commission a désiré vérifier sur les dossiers médicaux (y compris le cardex et les observations du personnel infirmier) l'exactitude des informations recueillies.

A cet effet, par lettre du 17 février 1981, la commisssion a demandé au professeur Tissot de prendre connaissance – sous le sceau du secret médical ou de fonction – d'un certain nombre de dossiers de personnes ayant été hospitalisées à la clinique de Bel-Air. Dans sa réponse du 23 février 1981, le directeur médical de la clinique a rejeté la demande de la commission, en relevant notamment qu'il n'avait jamais transmis les dossiers de malades qu'à leurs médecins traitants et aux médecins experts désignés par les tribunaux.

Le 11 mars 1981, la commission a soumis ce problème au Conseil d'Etat. En accord avec le Procureur général, le Conseil d'Etat a fait savoir à la commission, le 8 avril 1981, qu'il considérait comme pertinentes les observations du professeur Tissot, eu égard à l'article 9, alinéa 2, de la loi du 7 décembre 1979 sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques.

En ce qui concerne le cas d'Alain U., la commission aurait souhaité pouvoir disposer d'une information objective détaillée, tout en étant consciente que l'appréciation de ce cas précis n'était pas de son ressort, puisqu'il faisait l'objet d'une instruction pénale et d'une enquête du Conseil de surveillance psychiatrique. Cependant, le Procureur général n'a pas autorisé l'Institut de médecine légale à transmettre à la commission ses rapports d'examens anatomo-pathologiques et toxicologiques. En effet, les articles 15 et 131 du code de procédure pénale prévoient le secret des experts et le secret des actes préliminaires de l'instruction.

La commission a examiné avec soin dans quelle mesure la mission qui lui était impartie pourrait être exécutée dans de bonnes conditions, compte tenu des restrictions qui lui étaient apportées.

En fait, à mesure que ses auditions se poursuivaient, la commission a peu à peu acquis la conviction que certaines situations ou événements qui lui étaient décrits, si regrettables fussent-ils, ne trouveraient aucune expression

dans les dossiers médicaux de la clinique. Plusieurs médecins entendus ont également confirmé cette opinion.

Par ailleurs, concernant le cas d'Alain U., la commission a été conduite à penser que l'absence d'informations détaillées sur un cas particulier, fût-il spécialement présenté à l'attention publique, n'était pas de nature à empêcher la formation d'un jugement sur l'ensemble de l'activité de la clinique de Bel-Air. Comme on le verra dans le cours du présent rapport, un certain nombre de témoignages et d'opinions lui ont été apportés à propos d'autres situations préoccupantes. De toute manière, ainsi que le doyen de la Faculté de médecine l'avait déjà relevé dans un communiqué publié le 25 septembre 1980, un cas déterminé de décès dans un établissement hospitalier ne peut en lui-même être décisif dans le cadre d'une évaluation globale concernant cet établissement et ses organes directeurs.

Les membres de la commission ont en définitive estimé qu'ils pourraient raisonnablement apporter des éléments de réponse aux questions posées dans la mission, même si l'étude de dossiers de malades et l'investigation minutieuse de certains cas ne leur étaient pas possibles. De ce fait, il devenait manifeste que la commission ne pourrait pas conduire son enquête sur le modèle d'une information visant à réunir des preuves formelles.

C'est ainsi que nous avons cherché à définir les critères – s'il en existe – du bon fonctionnement d'un établissement psychiatrique. Peut-être est-il opportun de rappeler ici, suite en particulier à nos divers entretiens en Suisse, qu'il serait probablement illusoire de retenir comme indicateur ayant une valeur décisive:

- l'appréciation des patients et de leur famille sur la qualité des soins: des éléments subjectifs liés à la nature même du trouble psychiatrique et aux possibilités thérapeutiques risquent de fausser le jugement des intéressés;
- le mouvement des malades et leur temps de séjour dans l'établissement: ces paramètres peuvent cacher la réalité de sorties prématurées et mal préparées, aussi bien que d'hospitalisations abusivement prolongées ou répétitives;
- le nombre de décès – même par suicide – par rapport à la population hospitalisée: un établissement qui refuse de prendre des risques et pratique une politique de haute surveillance a peut-être moins de décès par suicide mais crée des conditions de contrainte pathogènes.

D'autres critères paraissent avoir une plus grande valeur:

- la stabilité du personnel infirmier;

- l'importance de la consommation de médicaments;
- la transparence du fonctionnement de l'institution par rapport à la population et les contacts informatifs avec celle-ci.

Enfin un critère très utile serait vraisemblablement à dégager d'une enquête d'opinion auprès des médecins praticiens du canton. Si le temps qui nous était imparti ne nous a pas permis de réaliser cette enquête systématique, par contre nous avons attaché une importance particulière aux déclarations de tous ceux que nous avons entendus.

Notre opinion s'est ainsi formée à partir de la critique et de l'accumulation des témoignages. Les nombreuses auditions auxquelles la commission a procédé, ainsi que les lettres qu'elle a reçues, lui ont permis de réunir d'une part des informations de nature générale concernant:

- l'organisation des soins psychiatriques à Genève et en Suisse;
- la recherche et l'enseignement à Genève et dans les cliniques psychiatriques universitaires suisses;
- le domaine des travaux scientifiques à la clinique de Bel-Air.

D'autre part, se sont accumulées des informations concernant la clinique de Bel-Air elle-même et son directeur médical. A ce propos, nous avons été frappés par le caractère tranché et opposé de la plupart des témoignages reçus.

La diversité de ces informations et de leurs sources nous a permis de procéder à d'utiles recoupements. Certaines répétitions de situations rapportées par des personnes n'ayant aucun lien entre elles ont été particulièrement significatives. En revanche, l'audition de certains témoins nous prodiguant un discours uniforme et approbateur sans réserve, constitué par des affirmations générales, sans description de situation concrète, nous a laissés sceptiques.

Il a été enfin important d'éliminer l'aspect manifestement passionnel et abusif de certaines déclarations accusatrices. Il est à relever que nous n'avons pas eu à entendre des propos aussi violents que ceux que la presse avait rapportés il y a un an.

C'est donc à travers les auditions et la critique minutieuse de leurs convergences ou de leurs contradictions que nous avons pu nous représenter le fonctionnement des IUPG, tout particulièrement celui de la clinique de Bel-Air, et ainsi aboutir à une conviction unanime et aux conclusions de ce rapport.

Nous tenons à rendre hommage ici à la compétence et à la sincérité de nombreuses personnes entendues.

1.5 *Dépôt du rapport*

Malgré l'étendue de sa mission – notamment du nombre important de personnes qu'elle a voulu entendre ou qui ont demandé elles-mêmes à être entendues – la commission s'est efforcée de s'en acquitter dans le délai le plus bref, comme le lui avait demandé le Conseil d'Etat.

Sollicitée de déposer son rapport écrit au début de septembre, la commission a en définitive estimé qu'elle avait réuni suffisamment d'éléments pour pouvoir exprimer une opinion, dans les limites de la méthodologie décrite ci-dessus (1.4). Elle a en particulier reconnu que des décisions devaient être prises aussi rapidement que possible pour modifier certaines conditions du traitement des malades et certains aspects de la formation spécialisée dans un établissement médical universitaire.

Le présent texte et ses conclusions ont été acceptés par l'unanimité des membres de la commission.

1.6 *Aspects juridiques*

La commission a compris son mandat dans les limites d'une étude fonctionnelle et administrative. Elle n'a pas traité des aspects juridiques.

Elle tient en particulier à préciser qu'elle ne s'est pas prononcée sur le côté juridique que présentent – dans la mesure où elles seront retenues – quelques-unes de ses prises de positions, en particulier au regard de la loi sur les établissements publics médicaux, du 19 septembre 1980, et du statut du personnel des établissements, approuvé par la Commission administrative des Institutions universitaires de psychiatrie le 19 novembre 1975.

2. La clinique de Bel-Air dans le cadre des institutions psychiatriques universitaires à Genève et en Suisse

2.1 *Considérations générales*

Ce que nous allons écrire n'a nullement un caractère exhaustif. Il est évident, d'une part, qu'un certain nombre de réalités existant à Bel-Air ont échappé à notre enquête et que, d'autre part, dans la masse des informations, nous n'avons retenu que ce qui nous a paru être significatif pour notre mission et utile à la formation d'une opinion.

Au cours de notre exposé, nous envisagerons le fonctionnement de la clinique en elle-même, dans le cadre des IUPG et par rapport aux besoins de la population du canton tels que nous les avons perçus, en particulier à travers les témoignages des médecins (en majeure partie des psychiatres) travaillant dans le secteur public ou privé.

Nous serons également conduits à donner des appréciations par rapport à ce qui existe dans les autres institutions psychiatriques universitaires suisses, comme nous le demande notre mission (1.2, *a*).

2.2 *Evolution des institutions psychiatriques à Genève depuis 1976*

Il nous paraît indispensable – si l'on veut comprendre la situation actuelle – de résumer brièvement l'évolution de l'organisation psychiatrique genevoise déclenchée par le départ du professeur J. de Ajuriaguerra, en 1976.

Rappelons tout d'abord que le Collège des professeurs de la Faculté de médecine avait adopté, le 3 mai 1976, à l'unanimité, les conclusions du rapport de sa commission chargée d'étudier la situation du département de psychiatrie au départ du professeur J. de Ajuriaguerra.

Cette commission recommandait de *conduire à son terme la sectorisation des trois groupes géographiques hospitaliers et extrahospitaliers qui se rapportent à l'adulte* car, après une réflexion qui s'est prolongée au cours de tout son travail, elle retenait comme option essentielle *qu'il serait néfaste de s'orienter vers des modes d'organisation qui entretiendraient, d'une manière ou d'une autre, des séparations entre l'appareil hospitalier, les services ambulatoires et la psychiatrie du praticien.*

Il est intéressant de noter les raisons de fond et de personnes qui avaient amené la Commission de la Faculté à formuler cette proposition. Le rapport de 1976 s'exprimait à ce propos de la manière suivante:

> *Il s'est agi de choisir entre deux options fondamentales dont l'une vise à l'unicité de la psychiatrie dans l'ensemble des institutions du département et dont l'autre maintient une distinction bipolaire entre l'hospitalier et l'extrahospitalier.*
>
> *La commission avait tout d'abord envisagé la création de deux directions cliniques distinctes, prenant en considération le caractère différent des prestations dans les deux services. Il lui est cependant apparu rapidement qu'un partage du département de psychiatrie entre deux directions ne pouvait manquer de perpétuer la distance qui existe encore actuellement entre l'hospitalier et l'extrahospitalier (...)*

> *Une direction définie comme collégiale ou confiée alternativement à chacun des deux chefs de service ne pourrait offrir la garantie d'une politique cohérente en vue de réaliser les objectifs définis plus haut (...). La bonne volonté et la bonne entente manifestes des personnes ne peuvent être retenues comme des gages déterminants susceptibles d'être présentés à la Faculté et aux autorités.*

Ces propositions de la Faculté de médecine, visant à instituer une véritable sectorisation psychiatrique, impliquaient le maintien du poste occupé par le professeur de Ajuriaguerra, qui dirigeait à la fois les deux institutions, la Clinique de Bel-Air et le Centre psycho-social universitaire (ci-après CPSU). Cette proposition fut acceptée par la Commission administrative et le poste fut celui de directeur des IUPG; il fut confié au professeur G. Garrone.

En revanche, la Commission administrative allait renoncer à la formule jusque-là en vigueur, soit celle d'un directeur unique entouré d'adjoints. Alors que la Faculté de médecine avait proposé de confier au professeur Tissot les fonctions de directeur adjoint des IUPG et de désigner ultérieurement un second directeur adjoint des IUPG (professeur A. Haynal), la Commission administrative décida de créer deux postes nouveaux, celui de directeur médical de la Clinique de Bel-Air (professeur R. Tissot) et celui de directeur médical du CPSU (professeur A. Haynal).

Cette bipolarisation entraîna d'emblée des troubles dans le fonctionnement de la sectorisation. Celle-ci fut fondamentalement remise en question en novembre 1977.

A partir de cette date, la sectorisation est démantelée et n'a plus qu'une valeur géographique: aucune formule de direction collégiale ne fonctionnera de façon satisfaisante. De plus, les médecins-chefs de service adjoints, responsables des secteurs hospitaliers et extrahospitaliers, auraient dû former un collège se réunissant deux fois par mois pour assurer la cohésion du fonctionnement hospitalier et extrahospitalier; en fait, il n'en sera rien.

Le seul élément favorable, dans cette décision de novembre 1977, lourde de conséquence, a été la sectorisation «géographique» de la psychiatrie adulte à Bel-Air, qu'il ne faut pas confondre avec une sectorisation vraie qui implique la continuité du soin et la disparition de la bipolarité.

Rappelons encore que la pratique psychiatrique privée, importante à Genève avec la présence de plus de 70 praticiens FMH installés en ville, est parfaitement complémentaire de l'activité des Institutions universitaires de psychiatrie; une articulation harmonieuse des différents secteurs de soins ne peut être que favorable à une bonne qualité de la thérapeutique psychiatrique dans le canton.

Pendant les trois ans qui suivirent la «désectorisation» décrite plus haut (entre 1977 et 1980), la distance entre les services hospitaliers et extrahospitaliers s'accentua, aggravée encore par des conflits de personnes tenant à des conceptions profondément différentes et à l'impossibilité d'un arbitrage supérieur dans le cadre des structures mises en place.

De cette évolution, il est important de retenir ce qui suit:

- Le principe de la continuité des soins par la mise en pratique d'une sectorisation vraie a été mis en échec en 1976 par la création de deux postes de directeur (Clinique de Bel-Air – CPSU). Cette bipolarité ne pouvait être dominée par le directeur des IUPG, faute d'une autorité clairement définie et établie sans ambiguïté.
- En 1977, après un an de «rodage» des nouvelles structures, le directeur des IUPG et le directeur médical de la Clinique de Bel-Air furent confrontés à des difficultés majeures de fonctionnement. Ils voulurent en corriger les défauts et «perfectionner l'efficacité du système». Mais au lieu d'en revenir à une conception globale et unitaire des soins, ils accentuèrent encore la séparation entre l'intra et l'extrahospitalier, traduisant ainsi, dans les faits, à la fois leurs conceptions divergentes et leur incapacité à travailler ensemble.

Il faut relever ici que, dès 1977, le directeur médical du CPSU fut pratiquement laissé à l'écart des décisions et des efforts de réorganisation pris au plus haut niveau. Les différentes formules de direction collégiale proposées sur le papier n'ont en fait jamais fonctionné de façon cohérente.

2.3 *Activité clinique et qualité des soins*

2.31 Impact de la rupture avec l'extrahospitalier; troubles de la communication

Le malade psychiatrique, qui vit sa maladie dans un désarroi souvent cahotique, a un besoin impérieux de trouver chez les soignants la continuité et la sécurité qui lui ont fait défaut dans sa vie psycho-sociale. Cette vérité est admise par l'ensemble des psychiatres comme la condition de base de l'efficacité des soins, même si toutes les organisations psychiatriques – en Suisse en particulier – n'ont pas réalisé cette continuité de la même façon.

L'intensité du besoin d'unité s'est exprimée dans l'observation suivante, signalée par de nombreux auteurs: lorsqu'une séparation est maintenue entre l'hospitalier et l'extrahospitalier, les services ambulatoires ont tendance à s'adjoindre des lits et les hôpitaux une consultation externe.

De nos jours, l'institution hospitalière n'est plus le centre de gravité de l'appareil psychiatrique, les services extrahospitaliers (qu'ils lui soient directement liés ou non) jouent un rôle de plus en plus important. C'est ainsi que la distinction entre une psychiatrie hospitalière relativement isolée et une psychiatrie ambulatoire insérée dans la communauté se réduit partout. La meilleure expression de cette orientation est qu'une même équipe médico-sociale soit à la disposition du malade, ambulatoirement ou en clinique.

Nous avons vu qu'à Genève (2.2), le chemin parcouru depuis 1976 s'est fait dans un sens inverse. Historiquement, le professeur de Ajuriaguerra a eu le mérite de réaliser à Genève un programme de psychiatrie sociale conforme aux tendances générales de la psychiatrie d'après-guerre. Il a également éveillé la curiosité et l'enthousiasme de plusieurs «volées» de jeunes psychiatres qui reçurent de lui une empreinte clinique déterminante. Cependant, l'évolution des structures fondamentales de l'hôpital psychiatrique resta limitée. On peut dire que la direction thérapeutique actuelle est un retour vers une conception de la psychiatrie telle que le professeur F. Morel l'avait appliquée à son époque (1938-1957). Plusieurs de ses élèves sont d'ailleurs toujours dans l'institution.

Les directeurs des institutions psychiatriques universitaires suisses nous ont confirmé, chacun à sa manière, qu'il est néfaste, pour la qualité des soins aux malades, de s'orienter vers des modes d'organisation qui entretiennent des séparations entre l'appareil hospitalier, les services ambulatoires et la psychiatrie du praticien.

A Genève, le malade qui sort de la clinique de Bel-Air et est adressé au CPSU passe non seulement, souvent sans préparation suffisante, d'un médecin et d'une équipe soignante à l'autre, mais il se trouve brusquement en présence d'une modalité de prise en charge profondément différente, résultant de concepts psychiatriques divergents. Le CPSU se caractérise par une approche pluridimensionnelle de la psychiatrie, plus marquée qu'à la clinique de Bel-Air où l'éventail des thérapeutiques est plus restreint, manque d'éclectisme.

Pendant son séjour à l'hôpital psychiatrique, le malade est l'objet de soins dont l'essentiel repose sur une thérapie psycho-pharmacologique, la clinique étant le plus souvent animée par une conception biologique de la psychiatrie, laquelle, sans réfuter ouvertement les implications psycho-sociales et psychothérapiques, leur donne seulement une place marginale, tolérée mais peu élaborée et, surtout, mal intégrée dans un projet thérapeutique individualisé qui, lui-même, fait souvent défaut. Une vue partielle de la psychiatrie s'impose ainsi, non seulement au malade, mais à l'ensemble des soignants. Un schéma conceptuel rigide s'applique à la maladie et aboutit à des programmes thérapeutiques peu adaptés au malade.

Les malades psychotiques ou névrotiques hospitalisés à Bel-Air pour un état aigu y sont traités avec la préoccupation légitime de ne pas laisser le patient s'installer dans la chronicité. Mais les conditions de sortie n'ont pas une qualité d'élaboration suffisante car elles ne prennent que partiellement en compte l'environnement psycho-social dans lequel le malade va se trouver plongé. C'est le souci de la prise en charge post-hospitalière qui est insuffisant et qui trouve son origine, d'une part, dans un concept trop étroit de la psychiatrie, d'autre part, dans les troubles de la communication avec la psychiatrie extrahospitalière publique ou privée (praticiens généralistes, psychiatres de la ville).

Notre enquête nous a révélé l'existence de deux correctifs qui atténuent, dans une faible mesure, cette critique:

- Il s'est créé à Bel-Air, en dehors des structures hiérarchiques et non contrôlés par elles, quelques «circuits parallèles» qui ménagent des rencontres entre médecin et service social de l'intra et de l'extrahospitalier, cela dépendant, naturellement, de la bonne volonté et du sens de la responsabilité que manifestent quelques soignants conscients de l'importance de concertations dans la poursuite des soins.
- Paradoxalement, nous avons vu, dans un pavillon non sectorisé, quelques malades qu'on peut qualifier de «chroniques», qui sont mis au bénéfice d'une meilleure prise en charge du fait de la continuité des soins qui leur sont donnés (collaboration avec les familles, sorties d'essai, hôpital de nuit). Naturellement, on pourrait ici faire des réserves sur cette séparation entre malades à séjour prolongé et malades à séjour court, séparation évoquant l'ébauche d'une certaine ségrégation.

Malgré une organisation apparemment rigoureuse, l'ensemble donne une impression de manque de cohérence.

Cela se manifeste aussi dans la transmission et la réception des messages. Le modèle prédominant de communication nous est apparu celui d'une relation de domination plutôt que d'une relation d'équipe permettant une réelle circulation de l'information dans l'ensemble hospitalier, d'où le caractère souvent peu authentique des rapports interpersonnels entre les soignants. Nous en avons eu de nombreux témoignages.

Ainsi, l'isolement des structures hospitalières, sous l'impact de la rupture de plus en plus accentuée avec l'extérieur, a conduit la Clinique de Bel-Air:

- à négliger trop souvent le contexte psycho-social dans lequel se déroule la pathologie des patients;

- à provoquer, dans son fonctionnement interne, un système de blocage et de parcellisation qui inquiète les soignants et nuit au traitement des patients au cours de leur évolution.

2.32 Description des soins donnés à la clinique de Bel-Air

Leur caractéristique réside dans la prévalence excessive donnée aux thérapeutiques symptomatiques visant à la disparition des symptômes (agitation, anxiété, délire) et à assurer ainsi la sécurité du malade et celle du personnel, cela s'accompagnant d'une pauvreté des programmes prospectifs visant à la réadaptation globale du patient dans son milieu social pour lui permettre d'accéder à une existence plus autonome.

Dans les autres cliniques psychiatriques universitaires suisses, cette conception ancienne a nettement évolué en faveur d'un système où la relation avec le patient et son environnement n'exclut en rien ni les thérapies pharmacologiques ni le souci de la sécurité.

Le problème de la durée de séjour que nous avons déjà évoqué ne peut être réglé sans préparation minutieuse et sans partager la responsabilité de la sortie avec ceux (médecin, service social, famille) qui prendront en charge le malade dont le départ ne coïncide que rarement avec la guérison définitive.

Les options fondamentales prises à Bel-Air mettent en évidence les thérapeutiques biologiques, l'ergothérapie, les mesures d'isolement, l'insuffisance des autres thérapies.

2.321 THÉRAPEUTIQUES BIOLOGIQUES

Les *médicaments* sont prévalents aussi bien dans leur fréquence que dans leur posologie. En raison de l'insuffisance des thérapies relationnelles, ils constituent le principal mode de traitement visant à corriger les symptômes plutôt qu'à permettre une amélioration du contact psychothérapique avec le patient. Dans certains cas, particulièrement en psychiatrie gériatrique, nous avons entendu dire à notre grand étonnement que la posologie est parfois majorée de propos délibéré par le personnel infirmier lui-même.

Les *cures de sommeil* ne sont plus utilisées qu'exceptionnellement, dans l'ensemble des institutions psychiatriques suisses. Les *cures de détente,* où l'impact pharmacologique est moins prononcé, sont pratiquées dans le but de permettre et d'intensifier la relation avec le personnel hospitalier.

A Bel-Air, les indications de cures de sommeil proprement dites paraissent avoir été plus larges qu'ailleurs, tout en étant peu fréquentes. L'impossibilité dans laquelle nous nous sommes trouvés de consulter les dossiers des patients (voir 1.4) nous place dans l'incapacité de donner une appréciation exacte sur les médicaments utilisés et les dosages pratiqués.

A propos des cures de détente, nous avons pu préciser les motivations qui président à leur prescription:

- rechercher une rupture thérapeutique dans le processus pathologique;
- provoquer une sédation et une atténuation de la symptomatologie;
- rassurer le personnel soignant en calmant le patient et faciliter ainsi une meilleure qualité de la relation avec l'équipe soignante;
- placer le patient dans une position d'exclusion;
- parfois utiliser la cure de détente, sans frontière nette avec la cure de sommeil, comme une mesure punitive.

Il est manifeste que ces cures, qu'elles soient profondes ou de détente, ne doivent être appliquées qu'avec le concours d'une équipe compétente, sachant utiliser un appareillage de réanimation, et qu'après un examen médical approfondi, cela afin d'assurer la sécurité du patient.

L'usage de *l'électro-choc* a, de longue date, été fortement critiqué, parfois d'une manière abusive et passionnelle.

Cette méthode, bien que de plus en plus délaissée, n'est pas complètement abandonnée par les autres cliniques psychiatriques de Suisse et de l'étranger où elle garde encore quelques rares indications.

Celles-ci sont-elles plus largement posées à Bel-Air qu'ailleurs? Là encore, nos informations ne nous ont pas permis de répondre d'une manière plus explicite à la question. Ce qui est évident, c'est que l'information au sujet de cette technique à Bel-Air a manqué de transparence au niveau des familles, ce qui a contribué à alimenter les critiques et la défiance devant cette thérapeutique.

2.322 L'ERGOTHÉRAPIE

Elle est très répandue dans la clinique de Bel-Air où chaque unité de soins dispose d'un atelier dont l'ambiance générale nous a paru de bonne qualité. Le personnel (ergothérapeutes, socio-thérapeutes) participe avec intérêt à l'activité des patients, s'efforce de comprendre leurs difficultés et utilise le travail et les

matériaux très divers comme une possibilité de prise de contact et d'animation (stimulation et sédation).

Cela est tout à fait dans les normes de ce que nous avons pu observer ailleurs. En revanche, ce qui manque, c'est – encore une fois – l'intégration de cet effort ergothérapique dans l'ensemble du plan thérapeutique. L'absence ou, tout au moins, les troubles de la communication que nous avons décrits en sont partiellement responsables, de même que les conceptions de la direction médicale qui ne transmet pas une vision globale du patient et la nécessité d'un projet élaboré pour sa réhabilitation.

2.323 LES MESURES D'ISOLEMENT

Elles sont une nécessité dans l'état de nos connaissances psychiatriques, malgré les critiques acerbes que certains médecins et juristes – sans doute peu conscients de certaines réalités cliniques – peuvent leur adresser.

Toutes les cliniques psychiatriques universitaires suisses sont amenées à prescrire des mesures de ce type. Mais il convient immédiatement de remarquer que l'utilisation des chambres d'isolement est, à la fois, exceptionnelle, subsidiaire et de courte durée, le plus souvent ne dépassant pas deux heures, allant, au maximum, jusqu'à 24 heures.

De plus, chaque mise à l'isolement fait l'objet d'une prescription médicale. Dans l'une des cliniques visitées, un rapport circonstancié est dressé avec un protocole descriptif sur le comportement du patient et des soignants pendant cette période. Ces isolements sont, la plupart du temps, des chambres ordinaires, meublées différemment des autres, mais où l'on a supprimé le caractère carcéral.

Enfin, la prescription d'un isolement doit être conçue comme un élément aidant à renforcer la relation thérapeutique: il s'agit en somme d'organiser une courte période de soins intensifs psychiatriques que ne permettrait pas toujours la proximité d'autres patients. L'isolement n'est pas la solitude du patient.

A la clinique de Bel-Air, la situation est différente. Nous avons été frappés par l'aspect carcéral des locaux d'isolement (graffiti, déprédations) ainsi que par l'absence de sonnette d'appel dans ces cellules pour deux des trois services d'admission. Il n'existe pas de directives claires quant à la prescription des mesures d'isolement. Celles-ci sont prises en vue de la protection des malades par rapport à eux-mêmes, aux autres patients et au personnel, et aussi pour une sorte de mise en condition face à une phase d'agitation.

Il est manifeste, au vu de certains témoignages, que le caractère punitif d'un placement dans un de ces locaux n'est pas éliminé dans tous les cas. Le but recherché est surtout une rupture dans la communication avec le milieu environnant, d'où l'usage fréquent qui semble en être fait au moment de l'admission. Ce dernier point découle encore de la conception générale qu'a la direction médicale de la clinique quant à l'hospitalisation psychiatrique. Celle-ci, en effet, est bien comprise comme réalisant une situation de coupure avec le milieu – de dénouement d'une crise – et non comme une modalité d'action particulière dans la continuité des soins dont doit être l'objet le malade mental (dédramatisation de l'hospitalisation).

2.324 LES AUTRES THÉRAPEUTIQUES

Il est inexact – comme l'ont fait certains avec trop de hâte ou d'agressivité – de dire qu'il n'existe pas à Bel-Air de psychothérapies individuelles ou en groupe. Nous l'avons dit déjà plus haut, celles-ci existent, mais elles sont insuffisamment développées et se déroulent d'une manière marginale, simplement tolérées par la direction médicale qui n'en assume que très insuffisamment le contrôle, ce qui a pour conséquence de les voir peu développées, peut-être peu efficaces, voire dangereuses si elles sont pratiquées par des soignants non expérimentés et sans supervision. Répétons encore que tout cela est logique dans un établissement où une conception organiciste de la psychiatrie est prévalente.

Tout autre nous est apparue la situation dans les cliniques visitées où, en fonction de chaque situation individuelle, diverses démarches sont proposées au patient: chimiothérapie, psychothérapie individuelle ou en groupe, parfois avec participation des familles, relaxation, expression corporelle, etc. Toutes ces mesures thérapeutiques ne peuvent être appliquées qu'après avoir facilité l'expression du malade et son écoute. C'est à partir des besoins du malade et de la relation qu'il établit, dès son entrée, avec l'équipe soignante, que peut être dressé un plan thérapeutique cohérent où seront prises en compte les diverses dimensions de sa personnalité et de sa pathologie.

En définitive, la situation décrite à Bel-Air n'est pas sans engendrer de sérieuses distorsions dont les malades supportent les conséquences.

A l'heure actuelle, on compte plus de 70 psychiatres FMH installés à Genève dont une grande majorité a été formée par le professeur de Ajuriaguerra qui a précisément contribué largement à la diffusion des techniques psychothérapeutiques et relationnelles dans notre cité. Maints médecins de ville, non seulement hésitent à hospitaliser leurs patients à la clinique de Bel-

Air, mais préfèrent, lorsque l'hospitalisation devient impérative, placer ceux-ci hors de Genève, dans des cliniques de Suisse, avec toutes les conséquences psycho-sociales et financières qui peuvent en découler pour les intéressés ou leurs familles.

2.325 LES SOINS INFIRMIERS

Ils ont été étudiés à partir de l'audition de nombreux témoins et de la lecture des documents qu'ils nous ont remis.

Nous avons acquis la certitude qu'un malaise profond existe dans le personnel infirmier de la clinique de Bel-Air, même si certains l'ont nié devant nous, affirmant d'une façon globale que tout allait pour le mieux. En dehors des aspects revendicatifs touchant à la profession en général et aux difficultés inhérentes à son exercice, le personnel infirmier apporte sa propre contribution à l'appui de ce que nous avons déjà signalé plus haut: les difficultés de la communication et le manque de circulation de l'information entraînant un défaut de cohérence dans la politique des soins et les projets thérapeutiques.

Cette difficulté de dialogue (soit individuellement, soit en groupe, de manière formelle ou non) avec les médecins, ou entre membres du personnel infirmier, est ressentie comme source de nombre de maux dont souffre la clinique:

- obligations de suivre des procédures de soins routiniers qui éloignent les soignants des possibilités de relations thérapeutiques personnalisées;
- manque de confiance à l'égard des instructions thérapeutiques reçues et, parfois, mal exécutées; il faut rappeler ici que, d'après plusieurs témoignages, des posologies de médicaments sont augmentées par des infirmiers sans prescriptions médicales, ce qui exprime un abandon moral conduisant l'infirmier à commettre une faute professionnelle;
- inquiétude au sujet de certaines recherches cliniques qui sont entreprises sans information préalable suffisante;
- installation d'une loi du silence qui contraint chacun à se taire, en particulier à propos des violences, dont nous parlerons plus loin.

Ces témoignages critiques ont été suivis de diverses propositions du personnel infirmier; on peut citer trois d'entre elles:

1. La création d'un département de soins infirmiers dirigé par un(e) infirmier(ère) spécialement préparé(e) à ce poste et membre de la direction.

2. La refonte du système d'enseignement (école de base sous forme d'un tronc commun et formation continue plus développée). Il est à signaler, dans cette optique, qu'une formation approfondie des cadres (chefs de pavillon, chefs d'unité) est en cours actuellement.

3. L'organisation d'échanges suivis avec les services extrahospitaliers.

2.326 LE RESPECT DE LA PERSONNE ET L'INTÉGRITÉ DU MALADE

Ce que nous avons vu nous a donné le sentiment que le malade est accueilli à Bel-Air comme un sujet porteur d'une maladie dont il faut traiter les symptômes les plus alarmants. D'autre part, préoccupation valable, il convient de le faire sortir le plus vite possible pour éviter la chronicisation. Ce mode d'approche sous-estime la prise en compte de la personnalité du patient, personnalité qui nous a paru mieux respectée dans d'autres cliniques visitées.

Enfin, nous avons acquis la conviction que la violence est présente à Bel-Air, particulièrement dans les services de gériatrie et de déficience mentale, et cela d'une manière non accidentelle. Elle revêt plusieurs formes, allant de la violence psychologique (menace de l'isolement, privation de certains avantages) à la brutalité (brusqueries, coups) et même à des cas de relations sexuelles entre soignants et patients.

En présence de ces actes inadmissibles joue la règle du silence qui est imposée à ceux qui voudraient protester.

Dans les autres cliniques psychiatriques universitaires suisses, les responsables reconnaissent que de tels actes ont lieu épisodiquement, malgré l'extrême vigilance de la hiérarchie soignante. Nous avons été surpris qu'à cette même question il nous soit répondu, à Bel-Air, par une dénégation globale de la plupart des responsables.

Devant ces faits, au sujet desquels nous avons de nombreux témoignages précis, plusieurs propositions ont été faites:

- meilleure formation des cadres de pavillon; nous avons vu plus haut que cette formation est en cours;
- meilleure répartition du personnel, en augmentant dans certains pavillons la proportion du personnel diplômé;
- donner la possibilité aux soignants, aides y compris, de s'exprimer en toute confiance sur leurs problèmes, en dehors de toute hiérarchie, par exemple avec le soutien d'un consultant extérieur à la clinique; des groupes de ce type ont fonctionné il y a quelques années.

2.327 LES SOINS SPÉCIALISÉS

Nous allons brièvement examiner comment sont assurés à la clinique de Bel-Air les soins pour différentes catégories de malades qui posent des problèmes particuliers en raison de leur affection, de leur âge ou de leur statut judiciaire.

a) Les toxicomanes

On leur propose à la clinique un contrat de 10 jours en moyenne, mis à profit pour réaliser un sevrage médicamenteux. Ils sont mis à l'isolement (chambre fermée) dans le secteur correspondant à leur domicile. Ce séjour est volontaire et un certain nombre de toxicomanes quittent la clinique avant la fin du sevrage.

La prise en charge psychothérapeutique nécessaire semble mal assurée, sinon inexistante, l'accent étant mis sur l'isolement. Le personnel médical et soignant est peu spécialisé et en conséquence peu motivé devant ces patients souvent difficiles à aborder.

Certains pensent qu'ici une unité spécialisée serait plus efficace et que le traitement en groupe est particulièrement indiqué; une des principales objections à cela est le danger d'une concentration de toxicomanes, qui rend la réalité du sevrage très aléatoire.

Devant ce problème, partout difficile, on peut penser qu'une diversification des approches et une collaboration suivie avec les équipes non médicales qui travaillent en ville pourraient améliorer les conditions thérapeutiques actuelles.

b) Les alcooliques

Ils font l'objet d'une prise en charge des symptômes, avec sevrage et investigations organiques. Le plus souvent, la structure de personnalité du malade est peu intégrée dans le programme thérapeutique. L'organisation de la sortie et la collaboration avec l'extra-hospitalier semblent particulièrement peu préparées, ce qui amène un hiatus thérapeutique préjudiciable à ces malades dont on connaît le caractère récidivant de l'affection.

c) Les adolescents

Les hospitalisations se font dans les pavillons de psychiatrie adulte. Pour les plus jeunes, heureusement peu nombreux, cette expérience peut être vécue comme très traumatisante. Il n'existe à la clinique, pour ces patients, aucun programme résidentiel spécifique.

Là encore, le problème d'une unité spécialisée pourrait se poser; il sera peut-être résolu par la réorganisation, prévue d'ici à deux ans, de toute la psychiatrie infantojuvénile.

d) Les détenus

Les patients transférés de la prison de Champ-Dollon se divisent pratiquement en deux catégories:

- Les malades atteints d'affection psychiatrique caractérisée, souvent en phase aiguë (psychotiques par ex.) qui ne passent à la prison que le temps nécessaire à la reconnaissance de leur affection. Ces patients sont admis et traités à la clinique comme n'importe quel patient venant de la ville.
- La deuxième catégorie est constituée de patients névrotiques ou atteints de désordres de la personnalité, non rarement suicidaires, qui supportent mal leur détention. L'accueil de ces patients est dissuasif, si bien qu'à l'heure actuelle, en l'absence de dispositif approprié, il vaut mieux les prendre en charge à la prison elle-même ou dans le quartier cellulaire de l'Hôpital cantonal.

3. Direction de la clinique de Bel-Air, enseignement et recherche

3.1 *La direction médicale de la clinique*

La commission estime qu'il est complexe de répondre à la question de savoir «si le directeur de la clinique universitaire de psychiatrie de Genève possède les qualités requises pour diriger cet établissement» (point *c* de la mission, chiffre 1.2).

En effet, nous pensons que le professeur Tissot aurait certainement pu, dans le cadre général des institutions psychiatriques telles que nous en avons tracé l'histoire (voir 2.2) assumer d'une manière satisfaisante des charges adaptées à ses compétences (voir 5.22 ci-après). C'est la création d'un poste de directeur médical de la clinique de Bel-Air qui est à l'origine des difficultés de fonctionnement du système mis en place en 1976. En donnant au professeur Tissot cette charge qui l'incitait tout naturellement à prendre ses distances par rapport aux soins extra-hospitaliers, on permettait à son orientation naturelle vers la psychiatrie biologique de se développer au détriment des autres aspects de

la psychiatrie. L'erreur du professeur Tissot a été d'accepter cette charge dont la Faculté de médecine avait voulu éviter la création de manière à garantir aux soins psychiatriques leur caractère à la fois unitaire et pluraliste.

C'est de cette erreur initiale, entérinée en 1976 par le professeur Garrone, que découlent les insuffisances que nous avons pu constater dans les activités cliniques et les orientations thérapeutiques.

Cela implique qu'on ne peut mettre en doute ni la conscience professionnelle, ni l'honnêteté intellectuelle, ni les qualités intrinsèques de chercheur avec lesquelles le professeur Tissot a exercé ses fonctions. Il a conduit la clinique de Bel-Air avec dévouement mais dans les limites d'une conception rigide et inadéquate.

Il faut cependant remarquer que, lorsqu'il était directeur adjoint, sous l'autorité du professeur de Ajuriaguerra, son action a été souvent bénéfique. C'est ainsi qu'il a su, à ce moment-là, trouver d'heureuses solutions face à des revendications pressantes du personnel et qu'il a eu, avec l'ensemble de celui-ci, un contact efficace auquel de nombreux témoignages rendent hommage encore aujourd'hui.

C'est donc surtout la fonction qu'occupe le professeur Tissot à la tête de la clinique de Bel-Air qui fait aujourd'hui problème plus que sa personne. Ajoutons que la charge de cette fonction a été d'autant plus lourde qu'à partir de 1977 la séparation avec le CPSU est devenue de plus en plus évidente. Les professeurs Gaston Garrone et René Tissot ont cru que leur amitié personnelle, basée sur une très ancienne collaboration, leur permettrait de dépasser leurs divergences: ils se sont trompés tous les deux.

Leur erreur a été particulièrement flagrante lorsqu'en 1977 ils ont tenté de «replâtrer» la situation, en élaborant des modèles de direction collégiale. Les conséquences néfastes de ce remède aboutirent à la situation actuelle.

Le professeur Garrone, en tant que directeur des IUPG, a pris ainsi la responsabilité de modifier les modalités de prise en charge des patients en acceptant la séparation des deux services.

Le professeur Tissot, de son côté, a été conduit par cette nouvelle situation à rendre plus sensible l'isolement de Bel-Air par rapport au reste des institutions psychiatriques. Il a démontré par là-même qu'il n'adhérait pas à une conception globale de la psychiatrie et que son orientation pour la psychiatrie biologique l'empêchait de prendre suffisamment en compte les aspects psycho-sociaux et psychothérapiques dans les orientations thérapeutiques.

Par contre, les qualités de chercheur du professeur Tissot nous ont été attestées par plusieurs spécialistes des domaines dans lesquels il travaille. C'est

comme chercheur que le directeur médical de la clinique de Bel-Air est réellement qualifié et qu'il a acquis une audience internationale.

3.2 *L'enseignement à la clinique de Bel-Air*

Les activités d'enseignement dans un établisement médical universitaire ne peuvent pas faire l'objet d'une évaluation simple en fonction de critères aisés à définir. Certes, il est possible de désigner les connaissances qui paraissent les plus utiles et de se référer à des séries de situations pratiques qui devraient apporter, au cours des années, l'expérience professionnelle indispensable; mais en fait, ces moyens d'appréciation ne suffisent pas. Les enseignements médicaux doivent également être appréciés en fonction de leur esprit, de leur ouverture et de leur dynamisme, en tenant compte du mouvement des sciences, de la relativité des conceptions et de l'évolution des relations entre les personnes. Dans l'intérêt bien compris du malade, la formation des médecins doit être marquée par la pluralité des modèles de compréhension et des conduites thérapeutiques qui s'en déduisent.

Lors de sa visite aux cliniques universitaires suisses de psychiatrie, la commission a trouvé d'emblée la confirmation qu'au-delà de différences locales sensibles il n'en existe pas moins partout une même préoccupation d'éclectisme dans les programmes proposés aux jeunes médecins. Des représentations conceptuelles diverses et des techniques éloignées les unes des autres cœxistent et sont proposées pour la réflexion et l'entraînement pratique des futurs spécialistes dans des cours, séminaires, colloques, présentations cliniques, rapports à différents échelons, entretiens multi-disciplinaires, supervisions individuelles ou en groupes, parfois avec appel à des spécialistes de l'extérieur. C'est ainsi que sont représentées et associées les principales tendances actuelles: psychiatrie biologique et pharmacologique; psychiatrie sociale et communautaire; psychothérapies d'inspirations diverses, en particulier psychanalytiques et systémiques.

Ce mouvement permanent, cette sorte de fluidité et de cohésion constituent à notre avis une condition essentielle pour la bonne application d'un programme d'enseignement. Il prépare le jeune psychiatre à développer librement ses qualités personnelles et lui montre en même temps l'unité de la vocation thérapeutique proposée par l'institution dans laquelle il travaille. Nous avons pu nous convaincre à nouveau que des systèmes d'enseignement illustrant la variété des options, la coordination des interventions et la continuité à long terme des soins sont de nature à éveiller la conviction, l'enthousiasme et le sentiment précieux d'appartenir à une école dans laquelle les choses sont faites au mieux.

L'ensemble des témoignages que nous avons reçus concernant la clinique de Bel-Air n'ont pas fait apparaître de commentaires à propos de l'enseignement des étudiants en médecine de 5e année. Il existe, en effet, dans l'ensemble du département de psychiatrie, un programme qui leur apporte des informations et des démonstrations largement diversifiées. La part effectuée par la clinique de Bel-Air n'a été mise en cause à aucun moment.

La commission a par contre été impressionnée par la convergence des critiques qui lui ont été soumises en relation avec l'enseignement post-gradué et la formation spécialisée en psychiatrie.

L'impression qui se dégage des auditions est celle d'une prévalence déterminante donnée à la psychiatrie biologique, à la neuro-psychiatrie et à la psycho-pharmacologie. L'enseignement porte essentiellement sur la séméiologie de base, sur la classification diagnostique et sur le traitement médicamenteux des symptômes. Une place réduite est faite à la plupart des autres modalités de la réflexion et de l'intervention psychiatriques. Sans doute, l'information sur les diverses tendances de la psychiatrie est tolérée mais la discussion n'est pas favorisée. Les contacts avec d'autres courants de pensée, les échanges avec des consultants ou invités d'écoles diverses, si nombreux autrefois, sont peu encouragés à la clinique à l'heure actuelle.

La majorité des personnes entendues regrettent le peu de place donné aux enseignements qui présentent l'approche du malade selon un modèle dynamique et par référence au développement de la personnalité. Il en est de même des programmes thérapeutiques d'inspiration relationnelle interprétant les difficultés du patient dans son milieu propre, en particulier dans sa famille. Paraissent également sous-estimées les interventions de psychiatrie sociale et communautaire dans le cas de patients psychotiques ou qui présentent des désordres de la personnalité et du comportement. Aucune expérience réellement satisfaisante ne peut être acquise dans ces domaines par les assistants lors de leur stage à Bel-Air.

De façon plus générale, la commission a entendu dire à plusieurs reprises que la plupart des médecins-assistants ne semblent recevoir aucun enseignement systématisé concernant l'entretien, la relation médecin-malade, la psychologie médicale, la continuité nécessaire des échanges entre l'intra et l'extrahospitalier. Des chefs de clinique eux-mêmes et plusieurs médecins-chefs ne semblent pas avoir d'expérience réelle à ce sujet.

Il n'est pas rare que le malade paraisse «éliminé» du fait de mesures d'isolement ou d'un traitement médicamenteux. L'enseignement qui se fait par l'exemple journalier et qui se rapporte au respect des personnes, à la qualité de la vie et aux règles habituelles de l'éthique et de la déontologie médicale,

n'est certainement pas absent. Mais il est altéré par la routine et il ne paraît pas s'imposer comme une donnée essentielle de la psychiatrie de notre temps.

Il est par ailleurs apparu à la commission que la politique de recrutement des cadres, chefs de clinique et médecins-chefs, ne pouvait pas être considérée comme satisfaisante. La plupart d'entre eux ne sont pas des enseignants au bénéfice d'une formation préalable suffisante. Nombre d'entre eux ont reçu l'essentiel de leur expérience sur place; leur orientation est celle de la neuro-psychiatrie et de la psycho-pharmacologie. Les échanges de personnel avec d'autres institutions suisses sont actuellement presque inexistants. Les cadres ne reçoivent pas de formation à l'enseignement.

Le directeur médical de la clinique présente ainsi à ses collaborateurs un enseignement rigide, classiquement organiciste, en quelque sorte unidimensionnel. A l'exception d'un secteur géographique qui paraît fonctionner de façon plus ouverte, il semble que l'institution ne puisse proposer des programmes d'enseignement réellement éclectiques et synthétiques.

En complément à ce résumé des remarques que la commission a reçues quant au contenu de l'enseignement post-gradué du professeur Tissot, il est nécessaire d'ajouter plusieurs commentaires concernant l'esprit dans lequel il est dispensé.

Alors que plusieurs témoignages décrivent la conviction, la simplicité, le dévouement, la puissance de travail du professeur Tissot, la richesse de sa personnalité, sa hauteur de vue et son érudition, d'autres font apparaître une ambiance lourde, une absence d'ouverture à la discussion, un discours défensif, solitaire, sans ligne directrice. Certains disent que l'enseignement donne une impression de distance, et qu'il n'est pas convaincant. Séminaires et présentations seraient désertés sauf à l'occasion de thèmes neurologiques ou psycho-biologiques qui sont traités de façon remarquable. Il faut préciser à ce propos que les contributions faites par le professeur Tissot dans d'autres services ou hôpitaux, portant sur ces mêmes thèmes, sont très appréciés.

3.3 *La recherche à la clinique de Bel-Air*

3.31 Généralités

Une grande partie de la recherche à Bel-Air a toujours été dans les mains du professeur Tissot dès la nomination à la tête de la clinique du professeur de Ajuriaguerra, en 1959.

Actuellement, la recherche se fait simultanément dans différentes directions.

3.311 RECHERCHE SUR LA PHYSIOPATHOLOGIE DES PSYCHOSES

Cette recherche est centrée sur l'étude du métabolisme des monoamines dans différents états psychotiques. Elle a été introduite à Bel-Air aux environs de 1965 par le professeur Tissot qui la dirige depuis lors.

Un aspect de cette recherche a soulevé plusieurs commentaires: celui qui concerne l'investigation expérimentale du métabolisme des monoamines chez des malades atteints de différentes formes de psychose.

Ces expériences consistent dans l'introduction de précurseurs des monoamines neurotransmetteurs et dans la mesure de leur métabolisme. La technique expérimentale a été modifiée au cours du temps. Jusqu'en 1979, les malades étaient soumis à une courte narcose intraveineuse. Après ponction de la veine jugulaire, un cathéter y était placé, ainsi qu'un autre dans l'artère fémorale. Dans le protocole utilisé en 1979 et 1980, l'anesthésie générale n'est plus nécessaire: après injection intramusculaire de Valium 30 minutes avant l'expérimentation, une anesthésie locale est pratiquée. Un précurseur mélangé à un colorant est injecté dans l'artère carotide, et la consommation cérébrale de cette substance est mesurée grâce à des prélèvements effectués à l'aide d'un cathéter introduit dans la veine fémorale et monté au niveau de la veine jugulaire sous contrôle radiologique.

Ces techniques sont des méthodes courantes de diagnostic en neuro-radiologie. Les incidents de ces examens consistent parfois en hématomes plus ou moins importants au lieu d'injection. Pratiquement, il y eut peu d'incidents, toujours mineurs, lors de ces examens qui portaient – rappelons-le – sur un petit nombre de malades (5 à 10 par année en moyenne).

Parallèlement à la mesure de la consommation cérébrale, un modèle périphérique a été développé où l'entrée des précurseurs dans des éléments figurés du sang est mesurée. Ce modèle ne nécessitant que des ponctions veineuses banales, habituelles dans toute prise de sang, remplacera l'expérimentation telle qu'elle a été conduite jusque-là.

3.312 RECHERCHE SUR LA MALADIE DE PICK

Partant d'une étude anatomo-pathologique de la maladie de Pick, la possibilité que cette maladie soit causée par une rétention de zinc a été formulée. Il paraissait dès lors logique d'essayer de diminuer la surcharge en zinc par injection de chélateur et de contrôler l'effet par prélèvement de liquide céphalo-rachidien par ponction sous-occipitale ou lombaire. Une série de malades ainsi traités aurait montré une efficacité partielle de cette thérapeutique.

3.313 RECHERCHE ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET MORPHOLOGIQUE

Une recherche utilisant des techniques anatomo-pathologiques et histochimiques est actuellement en cours sous la direction du professeur Constantinidis. Dans son laboratoire, la visualisation des monoamines cérébrales et de la substance P a été réalisée ainsi qu'une étude exhaustive de la maladie de Pick et des lésions de la maladie d'Alzheimer.

3.314 RECHERCHE NEUROPHYSIOLOGIQUE ET ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAPHIQUE

Le laboratoire d'électro-encéphalographie placé sous la direction du Dr Gaillard effectue des examens de routine, pour la clinique de Bel-Air et l'Hôpital de gériatrie. Il s'est en outre spécialisé dans l'étude du sommeil. Dans ce domaine, et grâce à l'application de techniques automatisées, des progrès importants ont été réalisés qui font que ce laboratoire est actuellement parmi les meilleurs dans ce domaine.

3.315 RECHERCHE EN PSYCHOPHARMACOLOGIE

Une équipe dirigée par le Dr Dick surveille l'application des médicaments dans la clinique. Elle s'occupe en outre de la recherche en psychopharmacologie; elle a en particulier contribué au développement de préparations galéniques de lithium.

3.316 PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Au cours de nos auditions, ces recherches n'ont fait l'objet d'aucun commentaire.

3.32 Valeur de la recherche

Plusieurs experts ont été consultés sur la valeur de la recherche de la clinique de Bel-Air. Dans l'ensemble de cette recherche, certains travaux sont de niveau international et connus dans d'autres pays.

Les investigations sur les neurotransmetteurs ont donné des résultats particulièrement valables pour le traitement de la maladie de Parkinson. Les techniques décrites ci-dessus (3.311) pour l'étude du métabolisme des monoamines ont été utilisées.

Les recherches sur la maladie de Pick et sur le sommeil sont également très connues.

Quant à la recherche psychopharmacologique actuelle, nous n'avons pas le recul nécessaire pour nous prononcer sur sa valeur scientifique.

3.33 Ethique de la recherche

Toute recherche médicale sur un être humain soulève un problème d'éthique. Cette question ne se pose cependant pas avec la même acuité pour les recherches anatomo-pathologiques qui s'adressent à des tissus non vivants, pas plus qu'à celles qui utilisent la technique électro-encéphalographique, ces enregistrements étant des examens courants et inoffensifs.

Quant à la recherche psychopharmacologique, elle paraît se faire dans de bonnes conditions; elle soulève cependant le problème de l'information et du consentement des malades qui sera abordé ci-après.

C'est la recherche sur la physio-pathologie des maladies mentales qui pose un réel problème d'éthique puisqu'elle fait intervenir une expérimentation invasive sur des malades. Ce problème se situe à trois niveaux: le consentement libre et éclairé du malade ou, à défaut, celui de sa famille ou du représentant légal; l'éventualité de complications médicales causées par l'expérimentation; la possibilité d'une péjoration de l'état psychique du patient provoquée par l'expérimentation.

Le problème de l'accord du malade est particulièrement difficile dans la recherche en psychiatrie puisque la capacité de celui-ci d'apprécier les risques est souvent restreinte ou même inexistante. Dans cette optique, l'information des familles ou du représentant légal est importante.

En outre, pour faire accepter une recherche dans une clinique, l'information sur les objectifs et les techniques utilisées doit être diffusée. C'est ce manque d'information qui, en 1974 déjà, avait eu pour conséquence qu'un certain nombre de chefs de clinique et d'assistants avaient écrit au professeur Tissot en l'avertissant qu'ils ne collaboreraient plus à la recherche si l'on ne leur proposait pas de protocole précis avant toute investigation clinique. Cette lettre n'eut pas de suites pratiques à l'époque mais elle montre bien l'atmosphère tendue qui n'a cessé de régner, au moins par périodes, entre le personnel de la recherche et les soignants.

Pour diminuer les risques de l'expérimentation, des commissions d'éthique ont été créées à partir de 1973-1974 dans différents départements de médecine

clinique des Facultés de médecine suisses, en particulier à la demande de l'Académie suisse des sciences médicales et du Fonds national pour la recherche scientifique. Les IUPG disposent depuis 1979 d'une commission d'éthique qui est présidée par le Dr Dick, directeur de la recherche psychopharmacologique à Bel-Air. En fait cette commission a une activité réduite. Son rôle n'a pas été jusqu'ici précisé par la direction des IUPG.

En ce qui concerne plus particulièrement les recherches du professeur Tissot effectuées depuis 1979, elles n'ont pas été soumises à la commission d'éthique des IUPG. Ses programmes de recherche, bien qu'allant dans la même ligne que les recherches précédentes, comportent pourtant des procédures différentes.

3.34 Comptes relatifs à la recherche

Un point de litige est l'absence d'un plan comptable pour la recherche. Les dépenses pour celle-ci figurent dans les comptes généraux de la clinique de Bel-Air.

On pourrait demander par exemple, comme cela se pratique dans d'autres cliniques, que le budget et les comptes de la recherche soient séparés des comptes généraux et émargent au Département de l'instruction publique.

En outre, il serait désirable qu'une partie de la recherche soit subventionnée par le Fonds national de la recherche scientifique qui exercerait alors un contrôle aussi bien sur la valeur que sur l'éthique de la recherche.

3.35 Conclusions concernant la recherche

En résumé, la commission juge qu'il n'y a pas de réserves à faire en ce qui concerne les recherches anatomo-pathologiques et neurophysiologiques, ni dans le domaine de la psychologie expérimentale. Pour ce qui a trait à la psychopharmacologie, il nous paraît que l'information des malades et de leurs familles n'a pas toujours été suffisante.

Les investigations sur le métabolisme des monoamines chez des malades psychotiques – qui ont soulevé le plus de critiques – paraissent avoir généralement été faites dans de bonnes conditions en ce qui concerne l'expérimentation proprement dite. Ainsi, dans l'ensemble, des expérimentateurs compétents ont été choisis pour l'introduction des cathéters et seuls des incidents mineurs tels qu'hématomes bénins se sont produits.

Deux réserves cependant doivent être faites. L'une concerne l'anesthésie générale qui, pratiquée jusqu'en 1979, a parfois été effectuée par un personnel inexpérimenté. L'autre est que les récents protocoles n'ont pas été soumis à la commission d'éthique créée en 1979.

Notre commission a en outre été conduite à observer, ce qui n'a pas été sans l'étonner, que la recherche ne semble pas être utilisée comme élément dynamisant, stimulant, source d'intérêt et même de fierté pour le plus grand nombre des médecins en formation. Elle est le plus souvent décrite comme un domaine caché, personnel, mystérieux. Elle ne s'effectue pas dans un climat de confiance et de transparence étendu à l'ensemble de la clinique.

4. Points d et f de la mission

Ces questions sont traitées aux chapitres 2 et 5.

5. La direction des IUPG

5.1 *Introduction*

Pour répondre au point *e* de la mission (voir 1.2), il est nécessaire de rappeler à nouveau brièvement qu'en 1976 la Faculté de médecine avait proposé de confier la succession du professeur de Ajuriaguerra au professeur Garrone, en lui donnant une compétence semblable, c'est-à-dire portant sur l'ensemble des IUPG. Le professeur Tissot était proposé aux fonctions de directeur adjoint pour ces mêmes institutions. Un deuxième directeur adjoint ayant rang professoral devait être désigné plus tard (professeur Haynal).

En fait, tout en acceptant la nomination du professeur Garrone, la Commission administrative décida de créer un poste de directeur médical à la tête de l'établissement hospitalier et un autre poste de directeur médical à la tête de l'extrahospitalier. Des cahiers des charges peu précis tentaient de délimiter l'autorité des directeurs et d'assurer la cohésion de l'ensemble par le moyen d'une direction collégiale à plusieurs échelons.

Cette construction devait entraîner rapidement l'abandon de la sectorisation. Le directeur des IUPG avait perdu toute autorité réelle sur la Clinique de Bel-Air. Il se trouvait réduit à partager le pouvoir au CPSU, dans des conditions peu claires, avec le directeur de celui-ci.

Depuis 1977, la direction médico-administrative des IUPG comprend:

- le directeur des IUPG: professeur G. Garrone, président;
- le directeur médical de la clinique de Bel-Air: professeur R. Tissot, vice-président;
- le directeur administratif des IUPG: M. J. Villat, secrétaire;
- le directeur médical du CPSU: professeur A. Haynal;
- le président du collège des médecins-chefs de service adjoints, responsable des secteurs hospitaliers et extrahospitaliers.

Les trois premières personnes citées forment le bureau de la direction, qui est responsable devant la Commission administrative. Ce bureau tient des séances générales sans le directeur du CPSU et des séances consacrées au CPSU sans le directeur de la clinique de Bel-Air.

En cas de désaccord, le directeur des IUPG doit assumer la décision personnellement. Mais, en fait, il n'est pas investi d'une autorité en rapport avec sa fonction: il peut dans une certaine mesure faire prévaloir ses vues au CPSU mais il est démuni à l'égard de la clinique de Bel-Air.

On voit par cette description que, contrairement à ce que semble impliquer le point *e* de notre mission, la direction est, en théorie tout au moins, hiérarchisée. Mais, en pratique, des questions importantes ne sont pas abordées et trouvent leur solution ailleurs: les organes du département de psychiatrie sont ignorés au profit de «circuits parallèles» avec des contacts personnels et un cloisonnement en zones d'influence.

C'est l'échec de ce fonctionnement hiérarchique, explicable en partie par un problème de personnes, en partie par les structures nouvellement créées, qui a amené les IUPG à la situation actuelle.

Il faut donc trouver de nouvelles solutions qui puissent à la fois éviter des conflits de personnes et aller dans le sens de l'évolution de la thérapeutique psychiatrique, qui tend à accorder une moins grande place au secteur hospitalier. Précisons qu'il ne s'agit pas de préconiser la suppression de l'hôpital psychiatrique, comme cela a été proposé parfois de manière peu réaliste.

5.2 *Propositions pour une nouvelle organisation*

5.21 Création d'un poste de directeur général administratif des IUPG

Pour garantir l'unité de gestion des Institutions universitaires de psychiatrie, nous proposons de créer un poste de directeur général administratif des

IUPG, sur le modèle de l'Hôpital cantonal, avec responsabilité de la gestion du personnel, des finances (budget), des bâtiments et des services généraux et techniques ainsi que des autres questions administratives.

Cette séparation plus nette des pouvoirs devrait éviter, entre autres, des travaux entrepris en parallèle par la direction médicale et par la direction administrative. Le personnel aurait un interlocuteur mieux défini. Il ressort de plusieurs témoignages que les IUPG disposent actuellement, en la personne de M. Joseph Villat, d'un administrateur expérimenté et respecté.

5.22 Création de trois services médicaux distincts

Une deuxième proposition consiste à supprimer la hiérarchie médicale compliquée qui existe actuellement sur le papier au niveau de la direction des IUPG. L'expérience de plusieurs années a montré par ailleurs qu'aucune formule de direction collégiale ne pourrait fonctionner. Nous pensons ainsi indispensable de créer trois services séparés. La continuité des soins sera assurée par le fonctionnement, dans deux de ces services, de secteurs à la fois hospitaliers et extrahospitaliers.

Cette proposition fondamentale entraîne la disparition des directions médicales de la clinique de Bel-Air et du CPSU, créées en 1976-1977. Chacun des professeurs actuels (professeurs Garrone, Tissot, et Haynal) serait à la tête d'un service, et personnellement responsable de celui-ci devant la Commission administrative.

Il nous paraît essentiel de séparer clairement et complètement les activités de chacun des chefs de service. Ainsi la coexistence de plusieurs conceptions thérapeutiques dans un esprit de tolérance et de souplesse permettrait d'offrir aux malades et aux médecins traitants des programmes différents tant pour l'accueil que pour les soins. C'est là un vœu clairement exprimé par plusieurs praticiens de la ville.

Nous proposons ci-après (tableau p. 3774), un modèle de répartition des différents services entre les trois professeurs mentionnés ci-dessous et nous reprendrons à cet effet les grandes lignes des suggestions faites par la Faculté de médecine en 1976, compte tenu de la spécialisation des professeurs intéressés:

professeur Garrone: psychiatrie générale et sociale
professeur Tissot: neurobiologie, neuropsychologie et psychopharmacologie
professeur Haynal: psychopathologie et psychothérapie

Nous estimons en particulier que l'ensemble des dispositifs cliniques doivent être répartis entre les professeurs Garrone et Haynal.

Le professeur Tissot a, de l'institution psychiatrique, une conception que la commission ne peut pas retenir. En effet, il ne nous paraît pas possible de confier un ensemble important de soins à un représentant d'une conception psychiatrique qui place l'essentiel de l'action thérapeutique à l'hôpital psychiatrique et qui considère l'extrahospitalier comme accessoire; il ne peut pas, dans l'activité ambulatoire, exercer des fonctions de direction clinique et d'enseignement. Pour cettte raison, la commission estime qu'il faut proposer au professeur Tissot la direction d'un service de recherche, activité dans laquelle il a montré toute sa compétence.

Il nous paraît opportun de rappeler ici l'opinion de la Faculté de médecine dans son rapport d'avril 1976:

> *«La commission considère en particulier comme très souhaitable que le laboratoire de neurobiologie de Bel-Air (professeur Tissot) continue à se développer. Il s'agit d'un groupe de collaborateurs dynamique, qui travaille en relation étroite avec l'industrie pharmaceutique et dont les liens établis avec d'autres laboratoires de l'univeristé doivent encore se renforcer.*
>
> *En effet, en neurobiologie, recherche et enseignement revêtent par définition un caractère interdisciplinaire. Les physiologistes, pharmacologistes, biochimistes, psychiatres, neuropathologues, psychologues, neurologues et morphologistes devraient collaborer davantage et pourraient créer en commun, à l'université de Genève, un enseignement et une recherche en neurobiologie qui serait extrêmement utile pour la compréhension de la physiologie et de la physio-pathologie du système nerveux. Une tendance dans cette direction commence à se manifester et il serait extrêmement utile qu'à l'avenir le groupe de Bel-air participe de façon dynamique à cet effort.»*

Il apparaît ainsi que l'intention de la Faculté était d'encourager les activités de recherche du professeur Tissot et de confier les responsabilités cliniques et thérapeutiques principales aux deux autres professeurs. C'est également ce que recommande aujourd'hui notre commission.

Il est bien entendu que la Commission d'éthique du département de psychiatrie devra désormais fonctionner selon l'usage maintenant bien institué dans les Facultés de médecine suisses, et devra superviser avec attention les programmes établis par toutes les équipes de recherche du département de psychiatrie.

5.23 Représentation médicale des IUPG

Le directeur du département de psychiatrie, choisi pour une période limitée parmi les chefs de service (cf. 5.22), doit représenter l'ensemble des IUPG vis-à-vis des autorités et garantir la cohérence de l'ensemble. Il doit être également le porte-parole face à l'opinion publique, grâce à une information ouverte et suivie. Son rôle est également d'arbitrer les demandes budgétaires internes en fonction des programmes désignés comme prioritaires. Ce poste devrait, pour le premier mandat, être occupé par le professeur Garrone dont l'expérience est la plus longue. Nombre de témoignages ont évoqué son sens de l'organisation en psychiatrie sociale, la confiance qu'il accorde aux individus et sa faculté de stimuler l'originalité de chacun.

(Tableau page suivante.)

6. Autres propositions de réorganisation des IUPG

Il paraît enfin utile d'indiquer ici que d'autres paliers de réorganisation devraient intervenir.

6.1 *Centre de crise au CMCE*

Nous mentionnerons en premier lieu l'extension du dispositif psychiatrique existant actuellement à l'Hôpital cantonal. Une expérience déjà longue a en effet montré qu'il était devenu souhaitable de prévoir au CMCE un «Centre de crise» destiné à éviter l'hospitalisation psychiatrique dans des situations aiguës transitoires. Dans une perspective à plus long terme, l'éventualité d'un deuxième centre destiné à décharger le CMCE et à couvrir les besoins de la rive droite serait à considérer.

6.2 *Unité de psychiatrie à l'Hôpital cantonal*

En second lieu, il est également devenu nécessaire d'étudier la création à l'Hôpital cantonal d'une unité d'une vingtaine de lits de psychiatrie adulte, destinés à des patients non agités, devant recevoir des soins intensifs, en coordination étroite avec d'autres services de l'hôpital général. Une telle formule, déjà couramment en usage tant en Suisse qu'à l'étranger, permettrait une hospitalisation de courte durée dans les conditions de l'hôpital général. La collaboration des psychiatres avec les autres services hospitaliers serait ainsi facilitée et la psychiatrie serait pleinement intégrée dans son identité de spécialité médicale.

Proposition pour une réorganisation des institutions universitaires de psychiatrie

	Prof. Garrone (Siège: à fixer)	*Prof. Haynal* (Siège: Jonction)	*Prof. Tissot* (Siège: Bel-air)
Secteurs	Pâquis Eaux-Vives (Clubs, associations privées, foyer Gevray, pensions, service de garde).	Jonction	
Unités spéciales	Alcoolisme (Centre Revilliod)	Toxicomanie (Drop-In)	
Affections transitoires	Défience mentale Psychiatrie gériatrique	Psychiatrie infanto-juvénile	
Hôpital cantonal		Unité de psychologie médicale et psychothérapie	
Autres unités	A créer: Centre de crise au C.M.C.E. (Création ultérieure éventuelle d'un Centre rive droite) Unité de psychiatrie adulte d'une vingtaine de lits A répartir: – Sociologie psychiatrique – Sexologie et gynécologie psycho-somatique – Investigations cliniques – Psychopharmacologie «extrahospitalière» *	– Physiopathologie psychiatrique – Neuropsychologie – Neurophysiologie – Neuropathologie – Psychopharmacologie	

* Fonctionnement à reconsidérer dans le cadre des IUPG

La commission a été convaincue de l'utilité, voire de la nécessité des propositions ci-dessus (6.1 et 6.2). Elle se réfère également à l'expérience du travail réalisé de longue date à l'Hôpital cantonal par l'Unité de psychiatrie et psychologie médicale.

Plusieurs témoignages de médecins hospitaliers ont relevé la qualité exemplaire de la collaboration qui existe actuellement entre cette unité et les autres services de l'hôpital.

6.3 *Déficience mentale*

Une troisième proposition à examiner également dans les meilleurs délais se réfère à la situation de la déficience mentale. Sans doute, l'ensemble de la déficience mentale, tant hospitalière qu'extrahospitalière, est rassemblé sous la direction du Dr N. Jacot-des-Combes. Cependant, une ambiguïté existe quant à l'autorité médicale effective sur les pavillons situés à la clinique de Bel-Air. Le Dr Jacot-des-Combes devrait être le seul responsable médical de ces pavillons, comme il l'est de l'Institut de la Combe et du Centre de diagnostic et de soins sis à la rue du 31 Décembre.

6.4 *Psychiatrie infanto-juvénile*

A plus long terme, un autre palier de réorganisation est constitué par la psychiatrie infanto-juvénile qui devra être remodelée au moment de la succession du professeur R. Diatkine.

6.5 *Psychiatrie gériatrique*

Enfin, la psychiatrie gériatrique devra faire l'objet d'une réorganisation distincte par rapport aux autres services de la clinique de Bel-Air, de manière à ouvrir à cette spécialité ses voies propres de développement. La séparation entre psychogériatrie et psychiatrie adulte devrait permettre d'utiliser au mieux les pavillons à disposition, tout en évitant le gigantisme de l'établissement. Une étude approfondie est en cours entre la division de psychiatrie gériatrique de Bel-Air, les institutions de gériatrie et le département de médecine de l'Hôpital cantonal, pour aboutir à une gestion nouvelle de l'ensemble de la gériatrie et à une articulation appropriée avec la psychiatrie gériatrique extrahospitalière.

Les incidences légales de ces projets de modification du statut de la psychiatrie gériatrique devront être examinées.

La suggestion a été faite de divers côtés de consacrer à l'ensemble de la gériatrie, psychiatrique ou non, le domaine de Bel-Air, et de déplacer la psychiatrie adulte (environ 100 lits) en un autre lieu. Une telle séparation favoriserait certainement le développement des soins appropriés destinés aux personnes âgées. En même temps, l'efficacité des services de psychiatrie adulte serait augmentée par la constitution de services plus petits, sectorisés, en étroit contact avec les centres de crise et avec l'Hôpital cantonal.

7. Remarques finales

7.1 *Le Conseil de surveillance psychiatrique*

Le rôle de ce conseil est fixé par la loi du 7 septembre 1979 sur le régime des personnes attteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques, qui est entrée en vigueur le 1er janvier 1980 et a remplacé la loi du 14 mars 1936.

Il est certain qu'à l'époque où l'ancienne loi était en vigueur le Conseil de surveillance psychiatrique ne pouvait pratiquement pas contrôler l'activité thérapeutique et de recherche de la clinique de Bel-Air. En particulier, certaines insuffisantes thérapeutiques, voire des sévices entourés d'une «règle du silence», ne paraissent pas avoir été portés à sa connaissance. Son rôle essentiel a consisté en fait à vérifier la légalité et le bien-fondé des admissions.

Les conséquences pratiques des modifications apportées par la loi du 7 décembre 1979 et les possibilités réelles de supervision ouvertes au nouveau Conseil de surveillance ne peuvent encore faire l'objet d'une appréciation de notre commission.

7.2 *La Commission administrative des IUPG*

Au nombre des attributions des commissions administratives des établissements publics médicaux, fixées par la loi du 19 septembre 1980 (entrée en vigueur le 1er janvier 1981), figure la surveillance de l'entretien et du traitement des malades.

De fait, il est difficile à cette commission d'exercer une supervision détaillée sur l'entretien et le traitement des malades. Sa responsabilité est pratiquement axée davantage sur la gestion. Il lui appartient notamment de procéder, sous réserve de l'approbation du Conseil d'Etat (art. 5, al. 4), à l'organisation des

services des IUPG (art. 7, lit. a). Dans ce sens, si tout ou partie de nos propositions sont retenues, c'est à la commission administrative qu'incombera la tâche de veiller à l'organisation et la mise en place de nouvelles structures et de s'assurer de leur bon fonctionnement.

8. Réponse aux questions

ad a Il nous semble qu'une proportion non négligeable des patients accueillis à la clinique de Bel-Air ne sont pas toujours soignés selon les notions généralement admises dans les autres cliniques universitaires de psychiatrie en Suisse, compte tenu en particulier de l'évolution des soins au cours des dernières années.

Comme nous l'avons montré au chapitre 2.3 de ce rapport, une conception prévalente de la psychiatrie essentiellement biologique et organiciste est un obstacle à une approche satisfaisante des dimensions psycho-sociales de la personnalité et de la pathologie des patients.

ad b Les thérapeutiques appliquées à la clinique de Bel-Air ne tiennent pas entièrement compte de l'avancement de la psychiatrie en ce qui concerne la nécessaire continuité du soin (chapitre 2.31), l'application des méthodes psychothérapiques (chapitre 2.321), la prise en charge du patient dans une vision globale de sa maladie, de sa personne et de son environnement.

La personnalité et l'intégrité du malade ne peuvent pas être considérées comme toujours respectées dans un tel contexte.

Nous n'avons pas noté de différences de prise en charge entre les admissions volontaires et les admissions non volontaires.

ad c La création d'un poste de directeur médical limité à la clinique de Bel-Air a entraîné, du fait même de sa définition, un clivage entre l'hospitalier et l'extrahospitalier, conception déjà dépassée en 1976. Il est en conséquence difficile d'affirmer que quelqu'un possède ou ne possède pas les qualités requises pour remplir un tel poste. C'est le poste lui-même qui, à notre avis, doit être supprimé.

En ce qui concerne l'actuel directeur médical de Bel-Air, nous estimons que ses conceptions psychiatriques et son orientation de chercheur ne peuvent couvrir de manière satisfaisante l'ensemble des activités cliniques et thérapeutiques qui incombent à un service universitaire de psychiatrie (voir 2.3 et 3.1).

A propos de l'enseignement (voir 3.2), la clinique n'offre pas actuellement à l'assistant qui vient se former un éventail suffisant de thérapeutiques psychia-

triques. L'exemple quotidien, qui représente une part didactique importante, fait souvent défaut.

Pour ce qui est de la recherche (voir 3.3), quelle que soit sa qualité scientifique, certaines réserves doivent être faites quant à son éthique et à certains aspects techniques.

En l'absence de comptes séparés pour la recherche (voir 3.34), nous ne pouvons pas apprécier l'incidence de celle-ci sur d'autres activités importantes de la clinique.

ad d Un clivage se manifeste toujours plus fortement entre les secteurs hospitalier et extrahospitalier des IUPG. Ce clivage est lié à l'histoire des institutions telle que nous l'avons décrite (chapitre 2.2).

Au cours de ces dernières années, et du fait même du statut qui leur avait été fait, les professeurs responsables ont aggravé par leurs divergences et leur mésentente la dégradation des structures des IUPG. Ces divergences sont importantes sur le plan conceptuel comme sur le plan thérapeutique. Elles nuisent à la qualité des soins et à la confiance que la population genevoise est en droit de mettre dans ses institutions psychiatriques.

Cet état de fait ne nous paraît pas compatible avec le rôle imparti par la loi aux IUPG et ne répond pas de façon suffisante aux objectifs qui avaient motivé, il y a quelques années, l'introduction de la sectorisation.

ad e Ni le mode de gestion actuel, non collégial en réalité, ni une variante mieux hiérarchisée ne peuvent à eux seuls résoudre les problèmes des IUPG.

La commission propose un remaniement des structures au sens du tableau de la page 3774, avec:

- création d'un poste de directeur général administratif des IUPG (cf 5.21);
- création de trois services médicaux distincts, soit deux services cliniques et un service de recherche (cf 5.22);
- désignation, parmi les chefs de service, d'un directeur du département de psychiatrie pour représenter médicalement les IUPG (cf 5.23).

Enfin, la commission indique brièvement la nécessité d'étapes ultérieures de réorganisation (voir chapitre 6).

ad f L'ensemble des problèmes évoqués sous points *a* à *e* a effectivement entraîné et risque d'entraîner à l'avenir, si des modifications importantes ne

sont pas réalisées, des répercussions fâcheuses sur le comportement et les prestations des collaborateurs des IUPG.

*
* *

Nous ne voudrions pas clore ce rapport en laissant une impression pessimiste. Certes, nous avons décelé des imperfections qui appellent des réformes, mais nous pouvons affirmer aussi que la grande majorité des soignants remplissent avec conscience et dévouement leur devoir. Une réorganisation appropriée devrait favoriser l'expression des qualités de chacun au service des malades.

La commission d'enquête:

Dr Daniel Sorg

Professeur Jacques Bernheim — Professeur Charles Durand

Professeur Ralph-W. Straub — Jacques Tagini

Genève, le 1er septembre 1981.

Documents consultés

Directives pour la recherche expérimentale sur l'homme. Académie Suisse des Sciences Médicales, Bâle, 1970.

Report of the Committee of Inquiry into Allegations of Ill-Tratment of Patients and other irregularities at the Ely Hospital, Cardiff. Her Majesty's Stationery Office, London, 1970.

Padrutt-Germann, A. Das Ergebnis der Schlafkur. Eine Untersuchung über Resultate und Komplikationen bei Schlafkuren. Inauguraldissertation, Medizinische Fakultät, Universität Zürich, 1972.

L'avenir des hôpitaux psychiatriques. Rapport sur la réunion d'un groupe de travail. Bureau Régional de l'Europe, Organisation Mondiale de la Santé, Copenhague, 1976.

Report of Committee of Enquiry St. Augustine's Hospital, Chartham, Canterbury, South East Thames Regional Health Authority, 1976.

Cooper, J.A. Crisis Admission Units and Emergency psychiatric Services. Report on a Study. Regional Office for Europe, World Health Organization, Copenhagen, 1979.

La recherche en psychopharmacologie et l'amélioration des soins de santé mentale. Chronique OMS, *34*, 495-499 (1980).

Mental retardation: prevention, amelioration and service delivery. A report commissioned by World Health Organization, Brussels, 1980.

Report of the Committee of Inquiry into Standars of Patient Care at Brookwood Hospital. Surrey Area Health Authority, 1980.

Report of the Review of Rampton Hospital. Her Majesty's Stationery Office, London, 1980.

CCRM: Priorité à la recherche sur la santé mentale et le comportement humain. Chronique OMS *35*, 7-12 (1981).

Ernst, K. und Kistler, G. Wer pflegt die psychischkranken Betagten? NZZ, 18 August 1981.

Sarwer-Foner, G.J. The Philosophy of High Quality Care by University Hospitals: The Role Modeling of Residents and the Organization of High Quality Services for the Delivery of Psychiatric Health Care. Psychiatric Journal, University of Ottawa, *6*, 4-12 (1981).

Williams, R.L. Teaching Quality Care by Superior Review. Psychiatric Journal, University of Ottawa, *6*, 13-17 (1981).

Yamamoto, J. Quality Outpatient Services In a University Hospital. Psychiatric Journal, University of Ottawa, *6*, 26-30 (1981).

Social dimensions of mental Health. World Health Organization, Geneva, 1981.

Le président. Nous avons reçu les pétitions suivantes:

– n° 488, de M. Georges Mœssinger, concernant les préjudices qu'il subit depuis un accident qu'il a eu il y a plus de 3 ans;

– n° 489, des habitants du village d'Hermance, concernant le passage des camions dans le village;

– n° 490, des habitants de Bourdigny, concernant le maintien de la halte de Bourdigny, de la ligne Genève – La Plaine;

– n° 491, de M. Jean-Louis Fontanel, concernant des travaux sur la route de Saint-Julien, traversée de Plan-les-Ouates.

Ces pétitions sont transmises à la commission des pétitions.

6. Présentation, conformément à l'article 63 du règlement:

a) de projets de lois;

Néant.

b) de motions;

Le président. La motion suivante est parvenue à la présidence:

– n° 153, de *Jean-Philippe Maître* (DC), concernant l'instauration dans la loi fiscale d'un barême unique avec cœfficient familial.

Cette motion figurera à l'ordre du jour d'une prochaine séance.

c) de propositions de résolutions;

Néant.

d) de demandes d'interpellations;

Néant.