Secrétariat du Grand Conseil

PL 6370-B

Dépôt : 18 janvier 1993

DEUXIÈME RAPPORT

de la commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi de Mmes Christiane Magnenat Schellack, Liliane Johner et M. Guy Loutan modifiant la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques

Rapporteur : M. Philippe Fontaine.

Mesdames et
Messieurs les députés,

Vous voici à nouveau concernés par ce projet de loi traitant de problèmes psychiatriques, dont vous aviez accepté la première partie au cours d'un débat que je qualifierais de triste mémoire lors de notre séance du 4 juin 1992 (Mémorial n° 26, 4 juin 1992, pp. 3212-3262). En effet, assaillis littéralement par un courrier abondant de divers milieux de pression, et de dépôts d'amendements de dernière minute, nous avions tenté, maladroitement, d'établir un compromis, ce qui n'est souvent guère possible en de pareilles circonstances. Souhaitons que cela ne se reproduise pas cette fois-ci.

Pour être objectif, remarquons cependant que le projet que nous avons voté en définitive peut être qualifié de bon, et qu'il n'a pas posé à ce jour de problème important.

Notre commission s'est donc remise au travail durant cinq séances réparties entre le 12 juin et le 27 novembre 1992 ; assistée par M. le directeur de cabinet du département de la prévoyance sociale et de la santé publique, Albert Rodrick ; et ce sous la présidence de notre collègue Jeannik Dami.

1.93 Coopi 600 ex. 11486

Rappel de la problématique

Le texte initial du projet de loi 6370 n'avait pas été bien accueilli par la majorité de la commission. Elle a cependant reconnu que les problèmes posés méritaient de trouver une autre solution. Ce qui a été réalisé en partie par l'adoption de notre projet en juin 1992. Toutefois un point important a été rapidement reconnu comme acceptable : le fait de faire correspondre une sortie volontaire à une admission volontaire en milieu hospitalier psychiarique.

Et pourtant la loi actuelle K 1 12 stipule à l'article 23, alinéa 2 : « Le séjour cesse sur décision du médecin responsable de l'établissement. »

Rappelons que face à ce problème, pour éviter une confrontation stérile, la commission avait choisi de procéder à un travail d'expertise et de demander un mandat de réflexion sur l'entrée volontaire et non volontaire au docteur, aujourd'hui professeur T.-W. Harding, Dr J.-M. Martin, médecin somaticien et M. A. Riesen, ergothérapeute. Des propositions originales ont été avancées :

Trois types d'admissions possible

1. L'entrée volontaire. « Elle n'est pas accompagnée (actuellement) par une liberté totale du malade de décider sa propre sortie de la clinique psychiatrique. En effet, le médecin responsable a la possibilité de retenir le malade au moment de sa demande de sortie. Cette décision doit être confirmée par le conseil de surveillance psychiatrique et peut évidemment faire l'objet d'un recours par le malade.

Selon les statistiques du conseil de surveillance psychiatrique, il y a eu 7 recours contre les refus de sortie pour les patients en entrée volontaire en 1989, 15 en 1988 et 16 en 1987. (...)

Même si cette disposition n'est utilisée que rarement, il est permis de dire que son existence change fondamentalement la relation entre médecin et malade.

2. L'entrée de crise. Cette forme d'entrée serait valable pour une durée limitée et pourrait aboutir soit à une sortie, soit au maintien de l'hospitalisation sur une base volontaire, soit à un séjour non volontaire, sous contrôle périodique du conseil de surveillance psychiatrique.

(...) Nous proposons de ne pas retenir le critère de dangerosité dans cette situation de crise et de le remplacer par la notion de « besoin impératif » de traitement. Il serait donc possible pour un praticien d'adresser un malade à la clinique psychiatrique en « entrée de crise » pour une période d'observation, de bilan et de soins, d'une durée déterminée. (...) L'hospitalisation de crise durerait un maximum de cinq jours, non renouvelables.

3. L'entrée non volontaire. Celle-ci ne subirait pas de modifications fondamentales. Rappelons qu'en 1989, sur 1 916 entrées dans le secteur hospitalier des IUPG, 1 073 étaient des entrées non volontaires et 836 des entrées volontaires (dont 109 dans l'unité de toxicopathie). Il y a eu de plus 7 entrées « médico-légales ».

Soulignons ici que les experts reconnaissent que « les dispositions actuellement en vigueur pour les hospitalisations volontaires et non volontaires ont le mérite d'être claires et simples. »

A ce stade des travaux, la commission a procédé aux traditionnelles auditions.

Nous ne reprendrons pas, dans un souci de simplification, le résumé des huit auditions effectuées entre le 19 janvier 1990 et le 3 avril 1992 qui nous ont permis de conclure à la première partie de nos travaux. Ce d'autant plus que d'une part la commission n'a pas voulu suivre les experts dans leurs propositions, et que d'autre part la plupart des personnes intéressées se sont exprimées à nouveau durant cette seconde partie de notre réflexion.

Audition de M. le professeur A. Haynal, président du collège des médecins-chefs de service et de M. H. Pernet, secrétaire général des IUPG

D'emblée peu favorable à l'introduction d'une troisième sorte d'admission : l'entrée de crise, ils soulignent que le conseil de surveillance psychiatrique contrôle efficacement l'application du système actuel. Les situations d'entrée non volontaires sont souvent dramatiques et doivent être régies par des textes clairs. Le délai de 5 jours proposé par les experts est trop court. Enfin la suppression de la notion de dangerosité est inopportune.

Le professeur Haynal insiste sur le fait qu'aujourd'hui, le médecin de l'institution a davantage de difficultés à faire sortir les malades qu'à les retenir dans l'hôpital. Il reconnaît que le grand public est parfois mal informé sur ce qui se passe dans un tel hôpital. Des journées « Portes ouvertes » ont été proposées.

Enfin, il adhère clairement à la proposition de faire correspondre une sortie volontaire à une admission volontaire.

Audition du Dr C. Aubert,
président de l'Association des médecins du canton de Genève,
et de M. Th. Hovaguimian,
président du Groupe des psychiatres genevois

Ces médecins regrettent la prise de position de notre Conseil instituant la possibilité pour les patients psychiatriques de faire appel à des conseillers-accompagnants. Ils y voient une défiance à leur égard. Ils rappellent ensuite que par principe les psychiatres hésitent toujours beaucoup avant de signer un certificat d'admission. La notion d'entrée de crise leur paraît ambivalente. Citons le Dr Aubert, psychiatre : « Le but du psychiatre n'est pas de maintenir les gens à Bel-Air, mais de les faire sortir quand il pense que c'est possible. » Il admet aussi qu'au principe d'une entrée libre, corresponde une sortie libre.

A ce stade des travaux la commission a souhaité prendre l'avis des divers intéressés par lettre, à savoir :

Avis de M. le procureur général B. Bertossa

Peu favorable au projet, il craint que « dans le cas où un malade entré volontairement déciderait de sa sortie, alors qu'il présente un danger pour lui-même ou pour des tiers, il serait nécessaire de reprendre ab ovo une procédure d'entrée non volontaire. »

Avis du conseil de surveillance psychiatrique

« La loi K 1 12 veut que les admissions en clinique psychiatrique (volontaires ou non volontaires) soient une décision médicale et logiquement il doit en être de même pour la sortie. » Par ailleurs il est rappelé que « les patients entrés volontairement ne sont retenus à la clinique contre leur gré que dans des cas exceptionnels lorsque la situation

l'exige. Exemples : états confusionnels, effondrements dépressifs avec velléités suicidaires, décompensations psychotiques survenant dans les jours qui suivent une admission volontaire).

La nouvelle notion « entrée volontaire-sortie libre » ne laisse aucune mesure possible aux médecins de la clinique pour ce type de cas. »

Avis du groupe des psychiatres genevois

« La révision a minima que vous proposez s'inscrirait bien dans ce bon sens » ; soit celui d'éviter des réformes « qui ne seraient inspirées que par la méfiance et l'ignorance de la pratique psychiatrique. »

Avis de M. Rolf Himmelberger,
membre d'association d'usagers de la psychiatrie

S'il est d'accord avec le choix fondamental de la sortie libre pour un patient entré volontairement, il s'oppose à ce que le médecin responsable de l'établissement prévienne systématiquement le médecin qui a rédigé le certificat d'entrée. Surtout dans le cas où le patient s'y opposerait, où aurait eu un mauvais contact avec le médecin.

Avis de l'Association APRES / Les Sans Voix

Pour l'essentiel, les usagers sont d'accord avec les choix de la commission. L'avertissement de la sortie du patient au médecin rédacteur du certificat ne devrait pas être la règle, car ce serait violer le secret professionnel.

D'autres toilettages de la loi seraient souhaités. L'amélioration de l'information devrait aussi être améliorée à Bel-Air, ce qui ne semble pas encore être le cas depuis les modifications récentes de la loi.

Avis de l'Antenne, association genevoise de Pro Mente Sana

« Ces propositions correspondent bien à nos attentes, de manière évidente pour le premier article et d'un compromis raisonnable pour le second. »

La commission a pris connaissance de ces avis, avec la ferme intention de ne pas déclencher à nouveau une guerre des tranchées. Un

compromis devait être trouvé, compromis acceptable pour la plupart sinon tous. Il devenait alors évident que cette notion d'entrée de crise ne pouvait être retenue, n'étant pas assez clairement définie pour être appliquée dans les situations difficiles, sinon dramatiques souvent, des hospitalisations non volontaires. Ce d'autant plus que le système actuel fonctionne bien.

La commission a été fort surprise par la position du procureur général. En effet la loi actuelle — qui ne sera pas modifiée sur ce point, prévoit qu'en cas d'aggravation subite de l'état d'un patient entré volontairement, son hospitalisation soit transformée en statut non volontaire, voir article 24 et suivants. Nous avons vu à deux reprises dans ce rapport que ces cas sont très rares.

Rappelons ici que le but de cette loi est bien de concilier soins et droits des malades. L'entrée volontaire ou non volontaire reste un acte médical qui inclut — par définition — le patient.

Un médecin-assistant peut-il signer un bon d'entrée non volontaire ? Certains usagers voudraient l'interdire estimant que ces jeunes médecins ne sont pas assez expérimentés. L'article 24 de la loi K 1 12 l'accorde en dérogation (al. 3) pour les médecins-assistants fonctionnant dans un service ambulatoire. Dans les faits, souvent seul le chef de clinique signe un tel bon. Il peut être cependant difficile de l'atteindre durant les gardes nocturnes. Un compromis a été trouvé à satisfaction de chacun : le médecin qui signe le certificat n'est jamais le même que celui qui reçoit le patient. Il est bon que ce principe fondamental continue à être respecté ; la commission unanime, insiste sur ce point. Cet article 24 ne sera donc pas modifié.

Avertir ou ne pas avertir...

Le patient quitte l'hôpital, le responsable de l'établissement avertit le médecin traitant et le médecin qui a rédigé le certificat. Et ce même si le patient souhaiterait s'y opposer. La commission a souhaité cette décision au vote majoritaire, estimant que les principes fondamentaux qui régissent le secret professionnel ne sont pas abolis pour des médecins s'entretenant entre eux. Par principe, dans les autres domaines de la médecine — et encore d'avantage dans le domaine psychiatrique — les médecins savent respecter les désirs de leur patient, en particulier pour ce qui concerne les échanges de renseignements. Les craintes des usagers paraissent donc excessives à la majorité de la commission.

Avant de terminer ses travaux et sur invitation de M. le professeur Haynal, la commission a tenu à se rendre dans l'unique établissement psychiatrique public de notre canton.

Visite à la clinique de Bel-Air

Etaient présents plusieurs collaborateurs au niveau médical, infirmier et administratif. Tous ont répondu aux nombreuses questions des députés(ées) présent(e)s. Le service des entrées, locaux clairs et spacieux, était au plus calme, vu l'absence d'admission à ce moment. Une unité fermée a pu être visitée et les députés qui connaissaient les locaux il y a quelques années seulement, ont pu constater que les pièces d'isolement où les patients étaient enfermés en cas d'extrême agitation, ont été transformées en bureaux. Les risques de suicide sont délicats à surveiller et nécessitent un engagement quasi constant du personnel qualifié. Selon le type de pathologies des patients, l'unité peut être ouverte constamment.

Le problème des médicaments neuroleptiques a été à nouveau évoqué, par de nombreuses questions. Même s'ils sont décriés, il faut reconnaître que c'est grâce à eux que des patients peuvent avoir une vie décente et être réinsérés dans la communauté. Il n'existe pas de médicaments sans effets secondaires, souligne le professeur Haynal, mais, bien contrôlés, les neuroleptiques sont bénéfiques pour le malade.

En cas d'urgence, liée à la dangerosité, le médecin prescrira un neuroleptique, même en cas d'opposition du malade, souvent agité d'ailleurs. Mais ensuite, il n'y a aucun intérêt à donner des médicaments à un malade qui les refuse, si ensuite il ne les prend plus.

Fin des travaux

La commission est arrivée ainsi au terme de l'étude de ce projet de loi qu'elle a pu accepter à l'unanimité de ses 15 membres présents.

Elle espère avec le rapporteur que toutes les personnes concernées directement par ces textes auront compris qu'il ne s'agit pas d'opposer les uns aux autres, mais de permettre à toutes les parties prenantes de retrouver une confiance qui s'était un peu perdue. Droit du patient, et soins aux malades doivent aller de pair, c'est l'exigence fondamentale que le législateur a voulu. Souhaitons qu'il y soit parvenu un peu plus aujourd'hui.

Discussion article par article

Art. 33, al. 1 : Le délai de 21 jours a été jugé trop long dans les faits. Un patient en fugue de près de trois semaines doit pouvoir être considéré comme apte à vivre librement dans notre société. A combien fallait-il ramener ce délai ? Trois jours proposaient M. Himmelberger et les proposants du projet de loi initial. Dix jours, le rapporteur, il fut voté le compromis de 7 jours, symboliquement satisfaisant.

Art. 34 : L'article initial stipulait « Lorsqu'un malade admis non volontairement est... » Il a été simplifié, cet article étant désormais inclus dans la section 3 : Admissions non volontaires. La répétition est donc devenue inutile.

PROJET DE LOI

modifiant la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques

(K 1 12)

LE GRAND CONSEIL

Décrète ce qui suit :

Article 1

La loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques, du 7 décembre 1979, est modifiée comme suit :

CHAPITRE III

Admission dans les établissements psychiatriques

SECTION 2

ADMISSIONS VOLONTAIRES

Art. 23, al. 2 (nouvelle teneur)
al. 3 et 4 (abrogés)

[2] Le séjour cesse sur demande du malade. Le médecin responsable de l'établissement en est informé. Ce dernier prévient le médecin qui a rédigé le certificat d'admission et le médecin traitant.

SECTION 3

ADMISSIONS NON VOLONTAIRES

(comprenant les art. 24 à 34)

Art. 33, al. 1 (nouvelle teneur)

Réintégration

[1] Lorsqu'un malade a quitté sans autorisation un établissement situé dans le canton, sa réintégration peut s'accomplir sans formalités si elle a lieu dans le délai de 7 jours.

Art. 34 (nouvelle teneur)

Transfert

Lorsqu'un malade est transféré par le médecin responsable dans un autre établissement hospitalier pour y recevoir des soins, ce transfert n'est pas considéré comme une sortie au sens de la présente loi et, en tant que tel, est signalé dans le registre de l'établissement ainsi qu'au conseil.

SECTION 4

DISPOSITIONS COMMUNALES AUX ADMISSIONS VOLONTAIRES ET NON VOLONTAIRES

(comprenant l'art. 35)

Art. 2

Entrée en vigueur

Le présent projet de loi entre en vigueur le 1er avril 1993.

Récemment, la direction des IUPG vient d'éditer une plaquette distribuée à tous les patients admis dans l'établissement. Elle montre bien le nouvel état d'esprit qui est appliqué. En voici la première page :

Madame,
Mademoiselle,
Monsieur,

Permettez-moi de vous accueillir dans nos institutions qui sont à votre service pour vous aider dans ce passage difficile de votre vie.

Cette brochure d'accueil a été éditée à votre intention, ainsi qu'à celle de votre famille et de vos proches, afin de vous aider dans la vie quotidienne de nos institutions, mais plus particulièrement de l'unité de soins dans laquelle vous allez évoluer.

Notre but principal, est en matière de diagnostic, de traitement et de soins, de « prodiguer des soins de qualité ».

Cette notion repose fondamentalement sur des principes éthiques liés aux droits des patients, au respect de leur volonté, au droit à l'information et à la confidentialité.

Cette notion et ce droit pourront s'exercer grâce à un dialogue que nous souhaitons le plus large possible entre vous et vos soignants, mais également avec votre médecin traitant et vos proches. Nous sommes là pour vous aider et nous souhaitons votre participation active pour qu'ensemble nous puissions mener à bien notre projet de soins.

Un questionnaire vous sera remis au moment de votre sortie afin que vous puissiez nous faire connaître vos impressions sur votre hospitalisation. Nous sommes attentifs à toute suggestion qui permettrait d'améliorer nos prestations et la qualité de votre séjour.

Je vous souhaite le meilleur séjour possible et, quelles que soient les difficultés que vous pourriez rencontrer, sachez que ma porte vous est ouverte, ainsi qu'à vos parents et à vos proches.

Le directeur général :
Gérard L. Gobet

Secrétariat du Grand Conseil **PL 6370**

Proposition de M^mes^ Christiane Magnenat Schellack, Liliane Johner et M. Guy Loutan

Dépôt : 23 juin 1989

PROJET DE LOI

modifiant la loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques
(K 1 12)

LE GRAND CONSEIL

Décrète ce qui suit :

Article unique

La loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques, du 7 décembre 1979, est modifiée comme suit :

Art. 8, al. 2, lettre b (nouvelle teneur)

b) s'il y a lieu, le nom et l'adresse ainsi que la date de nomination d'un tuteur, d'un curateur, d'un conseil légal ou d'un avocat d'office ; il est fait mention également du nom de l'avocat ou du mandataire professionnellement qualifié constitué ;

Art. 10, al. 2, 3 et 4 (nouvelle teneur)

[2] L'établissement examine avec le malade s'il y a lieu ou non d'aviser les proches, notamment leur famille. Le patient peut s'y opposer.

[3] Dès leur admission, l'établissement informe par une notice écrite les malades qui y séjournent et, avec l'accord ou à la demande du malade, leur famille ou leurs proches, et, s'il y a lieu, le tuteur, le curateur, le conseil légal, l'avocat ou le mandataire professionnellement qualifié de leurs droits aux termes de la présente loi et de la loi concernant les rapports entre membres des professions de la santé et patients, du 6 décembre 1987, notamment quant à celui de demander en tout temps leur sortie et la désignation d'un curateur, conformément au droit civil ; il leur en facilite l'usage.

[4] Le tuteur, le curateur, le conseil légal, l'avocat et le mandataire professionnellement qualifié du malade au sens de l'article 8, alinéa 2, lettre b, sont informés de l'admission et des droits du patient. Ils ont le droit de rendre visite à celui-ci et de s'entretenir librement avec lui.

Art. 11 (abrogé)

Art. 13 (nouvelle teneur)

Etrangers

L'établissement peut, avec l'accord du malade, signaler à l'autorité consulaire du pays dont le malade est ressortissant l'hospitalisation des malades étrangers non domiciliés en Suisse, conformément aux conventions internationales en vigueur.

Art. 15 (nouvelle teneur)

Conseil de surveillance psychiatrique

[1] Le conseil est composé de 16 membres de nationalité suisse, soit 5 médecins dont 4 psychiatres, 2 magistrats ou anciens magistrats du pouvoir judiciaire, 2 avocats, 1 personne spécialisée dans les questions sociales, 2 infirmiers en psychiatrie, 1 psychologue et 3 personnes n'appartenant pas aux professions de la santé, aux sens de l'article 3 de la loi sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises du domaine médical, du 16 septembre 1983, ainsi que 2 médecins-psychiatres suppléants et un suppléant pour chacune des catégories de personnes.

[2] Les membres du conseil et les suppléants sont nommés par le Grand Conseil pour une période de 4 ans. Nul ne peut toutefois être membre titulaire du conseil pendant plus de 12 années consécutives.

[3] Avant chaque élection de membres du conseil ou lors de vacances, les organisations ou associations existantes de médecins, de personnel soignant et d'usagers de la médecine ou défendant des intérêts semblables sont avisées de leur possibilité de présenter des candidats.

[4] Les médecins des établissements psychiatriques publics ou privés ne peuvent pas faire partie du conseil.

[5] Le procureur général et le président de la Chambre des tutelles assistent de droit aux séances du conseil avec voix consultative. A ce titre, ils peuvent s'adresser en tout temps aux établissements psychiatriques pour s'informer des cas dont ils sont saisis.

[6] Le directeur général et les médecins de l'établissement peuvent être entendus en tout temps par le conseil à leur demande ou à la demande de ce dernier.

[7] Le conseil est indépendant de l'administration.

[8] Les membres du conseil sont liés par le secret de fonction et le secret professionnel. La levée du secret, totale ou partielle, ne peut intervenir que sur décision du conseil, prise en séance plénière ; si la levée du secret concerne un ou des malades, ce ou ces derniers en sont informés.

Art. 16, al. 1 et 2 (nouvelle teneur)

Organisation

[1] Le conseil ne peut délibérer valablement qu'en présence de 10 de ses membres dont au moins 2 psychiatres, un magistrat ou un avocat et 2 personnes n'appartenant pas aux professions de la santé.

[2] Le conseil peut déléguer tout ou partie de ses compétences à une commission composée de 5 de ses membres, soit 2 personnes appartenant aux professions soignantes (médecins, infirmier ou psychologue) dont au moins un psychiatre,

un magistrat ou un avocat et 2 personnes n'appartenant pas aux professions de la santé, dans le cadre des attributions prévues aux articles 18, alinéa 1, lettres a, f et i, 27, 29 et 30, alinéa 3. Les décisions prises dans le cadre de cette délégation sont exécutoires ; elles doivent être rapportées au conseil qui peut, le cas échéant et si la décision a été prise contre la volonté d'un malade, prendre une nouvelle décision. Au surplus, ces décisions sont susceptibles de recours en appel à la Cour de justice conformément à l'article 20.

Art. 16, al. 6 (abrogé)

Art. 18, al. 1, lettres b et c (abrogées)

Art. 18, al. 1, lettres g et i (nouvelle teneur)

g) veille à la stricte observation des lois et règlements sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques et de la loi concernant les rapports entre membres des professions de la santé et patients, du 6 décembre 1987, il signale à l'autorité compétente les infractions qu'il constate ;

i) fonctionne comme organe de recours contre les demandes d'admission non volontaires ou lors de sorties refusées par la direction de l'établissement. Si un avocat ou un mandataire professionnellement qualifié a été constitué, il est avisé de la date et de l'heure de l'audience.

Art. 18, al. 3 (nouveau)

[3] Dans le cadre de l'application de l'alinéa 1, lettre i, le patient et son conseil ou représentant éventuels ont le droit d'assister à toutes les auditions et actes d'instruction du conseil.

Art. 19, al. 2 (nouvelle teneur)

[2] Elles sont communiquées à l'intéressé et, le cas échéant, au tuteur, au curateur, au conseil légal, à l'avocat ou au mandataire professionnellement qualifié.

Art. 20, al. 3 (nouvelle teneur)

[3] Lorsqu'elle est saisie d'un recours fondé sur l'article 18, alinéa 1, lettre i, la Cour de justice doit convoquer les parties dans les 3 jours ouvrables et statuer à bref délai. Dans les autres cas, le délai de convocation est porté à 30 jours au plus. Le patient et son conseil ou représentant ont le droit d'assister à toutes les auditions et actes d'instructions de la Cour.

Art. 21, al. 1 (nouvelle teneur)

Admissions

[1] Toute personne hospitalisée en vertu de la présente loi ne peut être admise dans un établissement psychiatrique sans un certificat médical et un examen médical à l'entrée de l'établissement, sous réserve des articles 23, 36 A et 37.

Art. 22 (nouvelle teneur)

Refus d'admission

Le médecin responsable de l'établissement peut refuser une admission volontaire ou non volontaire s'il estime qu'elle n'est pas justifiée, après avoir pris contact, si possible, avec le médecin qui a rédigé le certificat d'admission et le médecin traitant du patient et mis au point les mesures qui s'imposent. Cet article ne s'applique pas, d'une part, aux inculpés, aux condamnés et aux personnes déclarées irresponsables selon les articles 36 et 36 A et, d'autre part, aux personnes admises par décision de la Chambre des tutelles, au sens de l'article 37.

Art. 23 (nouvelle teneur)

Entrée

[1] Les établissements soumis à la présente loi peuvent accueillir des malades entrant volontairement dans l'établissement. Le médecin responsable de l'établissement peut exiger la présentation d'un certificat médical préconisant l'admission volontaire.

Sortie

[2] Le médecin responsable de l'établissement décide de mettre fin à l'hospitalisation s'il ne l'estime plus justifiée.

[3] Le malade entré volontairement dans un établissement soumis à la présente loi peut quitter l'établissement librement et en tout temps.

[4] Si le médecin responsable de l'établissement estime qu'un malade entré volontairement et quittant l'établissement remplit les 3 conditions cumulatives prévues par l'article 24, alinéa 1, pour une entrée non volontaire, il sollicite immédiatement et sans délai l'intervention d'un médecin extérieur à l'établissement habilité à établir une demande d'entrée non volontaire au sens de l'article 24, qui décide soit d'établir une demande d'entrée non volontaire, soit de libérer le malade. Le cas échéant, le médecin sollicité doit établir la demande d'admission non volontaire dans les 2 heures qui suivent l'interpellation du malade à la sortie.

[5] Les voies de recours sont prévues par les articles 18, alinéa 1, lettre i, 20 et 27.

Art. 24 (nouvelle teneur)

Principe

[1] Seul un médecin inscrit dans le registre de sa profession, un médecin de l'institut universitaire de médecine légale ou un médecin des établissements publics médicaux, à l'exclusion des médecins-assistants de ces services et de tous les médecins de l'établissement psychiatrique d'accueil, demander l'admission non volontaire d'un malade dont il n'est ni parent, ni allié, lorsque les 3 conditions sont réunies :

a) le malade présente des troubles mentaux ;

b) son état constitue un danger grave pour lui-même ou pour autrui ;

c) un traitement ou des soins dans un établissement psychiatrique s'avèrent nécessaires.

[2] A cette fin, le médecin établit un certificat médical et une demande d'admission répondant aux exigences des articles 25 et 26. Le médecin établissant le certificat doit consulter, dans la mesure du possible, le médecin traitant désigné par le patient. Le médecin traitant peut s'opposer à l'hospitalisation.

Art. 30, al. 2 (nouvelle teneur)

[2] Le malade, sa famille ou ses proches, son tuteur, son curateur, son conseil légal, son avocat ou son mandataire professionnellement qualifié peuvent demander en tout temps la sortie du malade au médecin responsable de l'établissement. Le médecin doit se prononcer dans les 3 jours.

Art. 32 (abrogé)

Art. 33, al. 1 (nouvelle teneur)

[1] Lorsqu'un malade a quitté sans autorisation un établissement situé dans le canton, sa réintégration peut s'accomplir sans formalités si elle a lieu dans le délai de 3 jours.

SECTION 4

DISPOSITIONS COMMUNES AUX ADMISSIONS VOLONTAIRES ET NON VOLONTAIRES

(Cet intitulé est intercalé entre l'article 34 et l'article 35)

Art. 35, al. 1 (nouvelle teneur)

Avis

[1] Tout décès ou accident grave doit être signalé dans les 24 heures par la direction de l'établissement au conseil.

Art. 36, al. 2 et 3 (nouvelle teneur)

[2] L'admission au quartier carcéral psychiatrique, demandée ou non par la personne détenue, a lieu sur présentation d'un certificat médical établi conformément à l'article 25 ; le médecin responsable du quartier carcéral psychiatrique en apprécie l'opportunité. Les droits de recours, prévus par la présente loi, contre la décision d'hospitalisation et le refus de sortir de l'établissement hospitalier, sont applicables.

[3] Le séjour au quartier carcéral psychiatrique cesse sur décision du médecin responsable ou du conseil. Pour les inculpés ou condamnés malades admis selon l'alinéa 1, la décision d'entrée non volontaire ainsi que la décision de refus de sortie est soumise aux conditions cumulatives de l'article 24, alinéa 1. La personne détenue réintègre l'établissement de détention désigné par l'autorité compétente.

Art. 37, al. 1 et 2 (nouvelle teneur)

Chambre des tutelles
Conditions d'admission

[1] Les hospitalisations dans un établissement psychiatrique ordonnées par la Chambre des tutelles en sa qualité d'autorité de tutelle au sens de l'article 397 b du code civil, en raison de maladie mentale ou de faiblesse d'esprit au sens de l'article 397 a, alinéa 1, du code civil, doivent être fondées sur un certificat médical délivré par un médecin autorisé à pratiquer dans le canton, en conformité aux conditions et formalités prévues par les articles 24 et 25.

Sortie

[2] L'intéressé, sa famille ou ses proches, le tuteur, le curateur, le conseil légal, l'avocat, le mandataire professionnellement qualifié ou le médecin responsable de l'établissement peuvent en tout temps adresser une requête à la Chambre des tutelles visant à mettre fin à l'hospitalisation ; cette autorité doit statuer dans les 3 jours ouvrables.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames et
Messieurs les députés,

En 1979, le Grand Conseil a édicté une nouvelle loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques remplaçant la loi de 1936 sur les établissements psychiatriques en tenant compte notamment des nouvelles dispositions du code civil suisse concernant « la privation de liberté à des fins d'assistance » (voir rapport Odier, Mémorial 1979, p. 3629). La nouvelle loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques (K 1 12) est entrée en vigueur le 1er juillet 1980.

Diverses modifications à cette loi sont déjà entrées en vigueur les 16 août 1984 (compétence accordée aux médecins de l'institut de médecine légale d'établir une demande d'admission non volontaire), 24 décembre 1987 (modifications introduites suite à l'initiative pour les droits des malades) et 13 août 1988 (formulation des critères pour retenir une personne entrée volontairement dans un établissement psychiatrique).

Le 26 janvier 1989, le Grand Conseil a voté un « toilettage » de la loi K 1 12 (voir le rapport de Mme Christiane Magnenat Schellack du 4 novembre 1988 : Mémorial 1988, pp. 6597-6624, Mémorial 1989, pp. 312-339). Le Grand Conseil n'a pas voulu entrer en matière sur des propositions présentées par un groupe de citoyens le 13 janvier 1989, visant notamment à obtenir de meilleures garanties pour les « usagers « de la loi.

Le projet que nous vous proposons, tout en reprenant les propositions présentées le 13 janvier 1989, a été réexaminé, complété et soumis à la consultation des personnes signataires de la lettre du 13 janvier 1989 et des partis politiques présentant ce projet de loi.

Ce projet propose diverses améliorations formelles et de fond faites dans l'optique d'une amélioration des droits des malades en tenant compte de l'existence des dispositions législatives fédérales en la matière (art. 397 a et suivants du code civil suisse) et des limites du droit fédéral.

Tout d'abord, les auteurs du projet préconisent une procédure contradictoire aussi bien devant le conseil de surveillance psychiatrique que devant la Cour de justice. Il n'y a en effet aucune raison pour que les malades psychi-

ques qui sont l'objet d'une mesure de privation de liberté à des fins d'assistance bénéficient de garanties de procédure moindres que les justiciables « ordinaires », notamment au plan pénal.

Concernant les malades détenus hospitalisés, la loi actuelle présente une lacune dans le sens que l'article 36, alinéa 3, ne se réfère pas, pour ce qui concerne la rétention des détenus hospitalisés, aux trois critères prévus pour une entrée non volontaire prévus à l'article 24, alinéa 1.

Actuellement, la loi ne prévoit pas que le médecin traitant doive être consulté lors de la prise de décision d'une hospitalisation non volontaire, alors qu'il serait conforme au code de déontologie établi par l'Association des médecins du canton de Genève que le médecin traitant soit consulté.

Le présent projet prévoit également de supprimer la compétence accordée au conseil de surveillance psychiatrique de faire arrêter une personne par la police en vue d'un examen psychiatrique, de ne plus annoncer systématiquement les entrées et les sorties au conseil de surveillance psychiatrique, la suppression de la compétence accordée aux médecins-assistants d'établir des demandes d'admission non volontaires, la suppression du régime de la sortie conditionnelle ainsi que l'introduction de la notion de « mandataire professionnellement qualifié ». Les avocats n'auraient donc plus le monopole de la défense des malades hospitalisés contre leur volonté.

D'autre part, nous proposons de modifier la composition du conseil de surveillance psychiatrique en y préconisant une participation des soignants et de membres laïcs à l'instar des commissions de surveillance des professions de la santé et des activités médicales. Afin de donner une plus grande légitimité au conseil, nous suggérons de le faire élire par le Grand Conseil, à l'instar des magistrats du pouvoir judiciaire.

Enfin, en ce qui concerne les entrées volontaires, nous préconisons deux changements importants : d'une part, la présentation d'un certificat médical ne serait plus obligatoire lors de l'entrée, ce qui correspond d'ailleurs au vœu des psychiatres. R. Cantoni, par exemple, dans un article intitulé « De la privation de liberté à des fins d'assistances : aspects et compétences sur l'hospitalisation dans le canton de Vaud, ainsi que dans les cantons limitrophes » et publié dans la « Revue médicale de la Suisse romande », tome 104, N° 2, février 1984, pp. 139-144, critique la loi genevoise à cet égard.

D'autre part, pour ce qui concerne la sortie après une entrée volontaire, nous postulons le principe que le malade est libre de quitter effectivement l'établissement quand il le désire. Si toutefois, le médecin responsable de

l'établissement, constatant l'intention d'un malade entré non volontairement, il doit alors faire appel immédiatement à un médecin habilité à établir une demande d'entrée non volontaire extérieure à l'établissement. Pour donner plus de poids à cette notion d'immédiateté, nous préconisons une limite de deux heures entre le moment où le malade « sort » de l'établissement et l'établissement de la demande d'entrée non volontaire.

Au bénéfice de ces explications, nous vous demandons, Mesdames et Messieurs les députés, d'accueillir favorablement ce projet de loi et de le renvoyer à la commission chargée de l'étude des objets touchant à la santé.

Commentaire article par article

Articles 10, alinéa 2 ; 10, alinéa 3 et 13

Les dispositions légales actuelles permettant à l'établissement d'avertir la famille et, le cas échéant, l'autorité consulaire du pays dont le malade est ressortissant sans que ce dernier puisse, le cas échéant, s'y opposer. Pour une plus grande clarté du texte légal, nous proposons d'inscrire dans la loi la faculté du malade de s'opposer à ces informations.

Articles 8, al. 2, lettre b ; 10, alinéa 3 ; 10, alinéa 4 ; 18, alinéa 1, lettre i ; 19, alinéa 2 ; 30, alinéa 3 et 37, alinéa 2

Actuellement, l'avocat dispose d'un quasi monopole de la défence des malades hospitalisés. Nous souhaitons que d'autres personnes bien qualifiées puissent également le faire. Le présent projet propose donc que la notion de « mandataire professionnellement qualifié » soit introduite dans la loi. Cette notion existe par exemple déjà dans la loi sur la procédure administrative, pour les litiges soumis au Tribunal des baux et loyers et dans la loi sur la juridiction des prud'hommes.

Article 11 (suppression)

L'article 11 actuel impose à l'établissement de signaler à l'autorité tutélaire l'admission non volontaire de malades sans famille ou dont la famille ou les proches n'ont pas pu être atteints ou dont l'admission non volontaire résulte d'une demande de la famille.

Outre le fait que cet article donne un trop grand poids à la famille, de tierces personnes (dont la famille) ne devraient être informées qu'à la demande ou avec l'accord du malade. Si, par exemple, un malade s'oppose à

ce que l'établissement avise sa famille, l'autorité tutélaire serait dès lors, si l'article 11 est appliqué, obligatoirement avisée. La situation pourrait s'avérer fâcheuse pour le malade.

L'autorité tutélaire appliquant des dispositions du code civil, nous ne voyons pas l'utilité de dispositions spécifiques aux malades mentaux hospitalisés. Au surplus, si un médecin se trouve dans un cas tel qu'il estime absolument nécessaire d'aviser l'autorité tutélaire de la situation d'un malade donné, s'il a toujours la faculté de demander à l'autorité supérieure ou de surveillance la levée du secret médical, conformément à l'article 321, chiffre 2, du code pénal suisse.

Articles 15 et 16

Par ces propositions, nous préconisons un élargissement du cercle des membres du conseil de surveillance psychiatrique en y incluant des infirmiers en psychiatrie, un psychologue et 3 membres laïcs.

En ce qui concerne la nomination des membres du conseil, nous proposons, à l'instar de la nomination des magistrats du pouvoir judiciaire, le transfert de la compétence de l'élection de ses membres du Conseil d'Etat au Grand Conseil, le conseil de surveillance psychiatrique exerçant des attributions à caractère judiciaire, comme par exemple les décisions de privation de liberté.

Afin que les diverses associations et organisations de médecins du personnel soignant et d'usagers de la médecine puissent présenter des candidats, le projet de l'alinéa 2 bis de l'article 15 propose que ces associations et organisations soient informées d'élections prévues.

L'article 16, alinéa 2 prévoit actuellement que le conseil peut déléguer ses compétences à trois de ses membres médecins pour certaines des attributions du conseil, dont la principale est de fonctionner comme autorité de recours lors d'entrées non volontaires ou lors de refus de sorties.

Suite à la modification préconisée dans la composition du conseil à l'article 15, nous proposons également une modification dans la composition de la délégation en y incluant, outre deux soignants dont au moins un psychiatre, un juriste et 2 membres laïcs. Nous proposons de maintenir l'obligation de rapporter les décisions de la délégation au conseil mais ce dernier ne pourrait plus, par exemple, refuser un recours contre une décision d'entrée non volontaire que la délégation viendrait d'accepter. Nous souhaitons ainsi éviter que le conseil ne prenne une nouvelle décision moins favorable au malade que la délégation.

Article 15, alinéa 7

Le secret professionnel étant le fondement de la confiance que le malade met en son médecin, il devrait en principe être absolu. L'ordre juridique suisse autorisant des exceptions au principe de l'inviolabilité du secret, il nous semble que le malade devrait, en cas de levée du secret, en être informé, afin qu'il puisse, le cas échéant, émettre ses observations ou exercer ses droits légaux.

Article 18, alinéa 1, lettres b et c

En pratique, la compétence de faire examiner une personne signalée comme malade mentale et, au beoin, de faire intervenir la force publique, est peu utilisée par le conseil de surveillance psychiatrique et elle est de nature à susciter de véritables bavures. Dans deux cas au moins, l'application de cette compétence a conduit à une situation dramatique et démesurée par rapport aux circonstances. En conséquence, nous proposons la suppression de ces dispositions légales.

Article 18, alinéa 1, lettre g

La loi concernant les rapports entre membres des professions de la santé et patients (K 1 30) étant en vigueur depuis déjà plus d'un an et conférant des droits importants aux patients, il nous semble logique que le conseil de surveillance psychiatrique doive également collaborer à son application, le cas échéant en dénonçant à l'organe compétent les violations de cette loi.

Articles 18, alinéa 1, lettre i ; 18, alinéa 3 et 20, alinéa 3

Il nous semble essentiel que les personnes qui sont l'objet soit d'une décision d'entrée non volontaire, soit d'une rétention après une entrée volontaire, puissent participer, comme n'importe quel justiciable, à l'administration des preuves. Ceci veut dire que la personne en cause doit pouvoir assister à la déposition des médecins de l'établissement et, le cas échéant, du médecin qui a établi la demande d'admission non volontaire, devant le conseil et faire valoir ses propres arguments, corriger certaines affirmations et donner sa propre version des faits. Au surplus, l'avocat ou le mandataire professionnellement qualifié, pour pouvoir assister aux actes d'instruction, devrait être averti de la date, du lieu et de l'heure de l'audience. Par exemple, actuellement, un avocat dûment constitué n'est pas avisé de la date et de l'heure de l'audience du conseil de surveillance psychiatrique lors de laquelle ce dernier procède à l'audition du malade.

Les mêmes principes valent pour la procédure devant la Cour de justice. Le Tribunal administratif, avant l'entrée en vigueur de la loi de 1979, procédait d'ailleurs à des audiences contradictoires.

Article 21, alinéa 1

L'article 21, alinéa 1 ne prescrit actuellement pas qu'un examen médical doivent être effectué à l'entrée de l'établissement. Cet examen faisant partie de la procédure d'entrée non volontaire, nous proposons de le mentionner expressément dans la loi.

Article 22

Le médecin établissant le certificat d'admission n'étant, en général, pas le médecin traitant du patient, le médecin responsable de l'établissement devrait, logiquement, examiner plutôt avec le médecin traitant la suite à donner à un refus d'admission, particulièrement en cas d'entrée volontaire.

Article 23

Nous proposons ici de supprimer l'obligation, pour le malade entré volontairement, de demander une autorisation de sortie, ce qui, pour nous, est totalement superflu pour une personne qui n'est pas privée de liberté.

Il appartiendrait dès lors au médecin de l'établissement de déclencher, le cas échéant, la procédure d'entrée non volontaire en faisant immédiatement appel à un médecin extérieur compétent selon l'article 24 s'il estime devoir conserver contre sa volonté une personne entrée volontairement.

Article 24

Le certificat d'entrée non volontaire doit être rédigé par un médecin totalement extérieur à l'établissement. Il s'agit là d'une garantie élémentaire pour le patient, qu'aucune confusion ne se produise dans l'accomplissement des tâches médicales. Nous demandons dès lors de supprimer la compétence accordée aux médecins ne travaillant pas à plein temps dans l'établissement d'établir des demandes d'admissions non volontaires.

L'alinéa 3 de l'article 24 institue la possibilité pour les médecins-assistants des services psychiatriques extérieurs à la division hospitalière des institutions universitaires de psychiatrie de prononcer des décisions d'entrées non volontaires. Or, nous estimons qu'une décision de privation de liberté ne devrait pouvoir être prise que par un médecin expérimenté. Nous trouvons anormal

qu'un médecin-assistant débutant sa formation soit investi du pouvoir de décider d'une privation de liberté et qu'il ait ainsi, par exemple, plus de pouvoirs qu'un officier de police.

Au surplus, nous demandons que, lors d'une procédure d'hospitalisation non volontaire, le médecin traitant soit, dans la mesure du possible, consulté et que ce dernier puisse s'y opposer.

Article 32

Nous proposons la suppression du régime de la libération conditionnelle que nous considérons comme une liberté surveillée : officiellement, la personne est libre mais, en pratique, elle ne l'est pas.

Article 33, alinéa 1

Le délai de réintégration sans formalités après une sortie sans autorisation est actuellement de 21 jours. Nous estimons ce délai beaucoup trop long et proposons dès lors de le réduire à 3 jours.

Titre de la section 4

Les articles 31 à 34 concernant uniquement les malades entrés non volontairement dans l'établissement, le titre de la section 4 devrait être intercalé entre les articles 34 et 35 au lieu de figurer avant l'article 31.

Article 35, alinéa 1

Actuellement, toutes les entrées, sorties et réintégrations, en plus des décès et accidents graves, doivent être annoncées au conseil de surveillance psychiatrique par l'établissement.

Nous estimons, pour notre part, que le respect de la sphère privée et du secret médical, surtout à l'égard des personnes ayant effectué une entrée volontaire, impose que l'établissement n'annonce à d'autres personnes ou autorités que les informations strictement nécessaires. Il nous semble suffisant que le conseil exerce un contrôle sur les entrées non volontaires selon les articles 27 et 29 de la loi, les décès et les accidents graves.

Article 36, alinéa 2

Les dispositions légales actuelles ne mentionnent pas l'existence de droits de recours pour les malades détenus hospitalisés. Or, à notre avis, un

malade détenu hospitalisé contre sa volonté devrait pouvoir disposer d'une voie de recours contre la décision d'hospitalisation à l'instar des autres malades.

Articles 36, alinéa 3 et 37, alinéa 7

Nous proposons dans ces deux articles, d'inscrire dans la loi la référence claire aux trois conditions cumulatives prévues à l'article 24, alinéa 1, comme critère de l'hospitalisation non volontaire de personnes détenues et également pour les hospitalisations ordonnées par la Chambre des tutelles en sa qualité d'autorité de tutelle.