

Dépôt: 18 janvier 1993

## DEUXIÈME RAPPORT

de la commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi  
de M<sup>mes</sup> Christiane Magnenat Schellack, Liliane Johnner  
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 avez 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.

### 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 psychiatrique.

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 ».

Souignons 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, correspondre 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 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 rap- pelé 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, ou 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 proposant 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**

Décète 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)**

<sup>2</sup> 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)

<sup>1</sup> 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.

*Réintégration*

**Art. 34** (nouvelle teneur)

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.

*Transfert*

SECTION 4

DISPOSITIONS COMMUNALES AUX ADMISSIONS  
VOLONTAIRES ET NON VOLONTAIRES

(comprenant l'art. 35)

**Art. 2**

Le présent projet de loi entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 1993.

*Entrée  
en vigueur*

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*

PL 6370

**Secrétariat du Grand Conseil**

*Proposition de M<sup>mes</sup> 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 112)

**LE GRAND CONSEIL**

Décète 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)**

<sup>2</sup> 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.

