

Un projet cantonal pour la psychiatrie

Lignes directrices

Contribution citoyenne de l'Alternative
mai 2015

Sommaire

1. Préambule : être force de proposition	3
2. Contexte : origine de la démarche et processus de travail	3
a) Assurer la continuité	3
b) Une démarche originale	3
3. Constats: l'absence d'une vision partagée	4
a) Lisibilité.....	4
b) Coordination.....	4
c) Indicateurs.....	4
d) Vision	4
4. S'entendre : définitions	5
a) Santé et santé mentale (OMS)	5
b) Maladie mentale	5
5. Besoins : changer de paradigme, construire et mettre en œuvre ensemble	5
a) Effectuer un bilan et valoriser l'existant	5
b) Définir les besoins des personnes en les associant.....	6
c) Changer de paradigme et s'appuyer sur de nouveaux concepts-clés.....	6
d) Développer des lieux de vie dans la Cité	6
e) Réunir l'ensemble des aspects dans un Projet cantonal pour la psychiatrie et le rendre visible	6
f) Définir les moyens et anticiper l'introduction d'un nouveau système de financement fédéral	6
6. Quatre illustrations au propos	7
7. Références.....	9
a) Travaux parlementaires 2009-2013	9
b) Historique genevois.....	9
c) Travaux en Suisse	9
d) Références internationales	9
e) Réflexions	9

1. Préambule : être force de proposition

Le texte qui suit est le fruit d'un travail commun des partis de l'Alternative.

Il a pour but d'une part, de proposer aux députés une plate-forme commune pour **penser et dialoguer autour d'une politique cantonale pour la psychiatrie** ; et d'autre part, de **contribuer de manière constructive à la réflexion du Canton** sur le sujet dans le cadre de la panification sanitaire, en proposant au Département de l'emploi, de l'action sociale et de la santé un certain nombre de « lignes directrices ».

Les « lignes directrices » énoncées ici ne forment pas un programme d'actions, mais constituent **un ensemble de valeurs et d'axes** pour une politique cantonale à venir.

Le champ couvert est volontairement restreint à celui de **la psychiatrie, plutôt qu'à celui de la santé mentale**, dont il fait partie, mais qui couvre des aspects, comme celui de la prévention ou du travail, qui auraient nécessité un projet plus vaste.

2. Contexte : origine de la démarche et processus de travail

a) Assurer la continuité

A la fin de la législature 2009-2013 et face à d'importants changements dans la députation de l'Alternative, au sein de la commission de la santé notamment, un groupe de députés - sortants et entrants - a souhaité donnée une continuité aux préoccupations manifestées et aux actions qu'elles ont engendrées durant la législature.

Ce souci d'assurer une durabilité politique a trouvé une concrétisation particulière dans la question de la psychiatrie, avec la demande faite au canton, au travers de deux objets parlementaires ([voir références](#)), de se doter d'un plan cantonal pour la psychiatrie.

b) Une démarche originale

Une démarche participative a été proposée aux membres des commissions santé-social des partis de l'Alternative et à leurs députés, et plus généralement à l'ensemble des membres intéressés. Elle visait également à identifier et à prendre appui sur les professionnels de la psychiatrie, au sein des partis.

Cette démarche, pilotée par un groupe de travail, a débuté en mai 2014, et elle s'est déroulée en deux temps :

- une première séance (octobre 2014) pour construire une culture partagée de la problématique : d'une part au travers de la présentation des travaux parlementaires réalisés, des références à disposition ([historique genevois](#), [pratiques dans d'autres cantons](#)) et des actions et projets en cours dans la Cité ; et d'autre part, par l'identification de questionnements et de dysfonctionnements observés dans la situation actuelle ;
- une seconde séance (avril 2015) ayant pour but de travailler un projet de texte et d'en illustrer certains aspects avec des contributions professionnelles ([voir Illustrations](#)), tout en vérifiant la faisabilité d'une vision commune.

Le texte qui suit est le fruit de cette démarche, et la manifestation d'un consensus important au sein de l'Alternative, entre professionnels, entre élus et citoyens intéressés.

3. Constats: l'absence d'une vision partagée

Les éléments ci-dessous résument de manière synthétique les constats effectués qui fondent les propositions qui suivent au chapitre suivant.

a) Lisibilité

L'offre de prestations est aujourd'hui peu visible et surtout peu lisible, tant du point de vue des HUG que des prestations dans la communauté, y compris celles des établissements publics.

- **Il est ainsi difficile de s'orienter, tout comme de dire précisément ce qui manque.**

b) Coordination

La coordination manque à différents niveaux que ce soit entre les HUG et la Cité, entre réseaux publics et privés et au niveau psychosocial, autour des personnes.

- **Le travail de liaison n'est pas effectif.**

c) Indicateurs

Il existe différents indicateurs qui montrent que le système n'est pas satisfaisant ; cependant comment peut-on savoir, en l'absence de cadre de référence, si ces indicateurs sont pertinents et s'ils indiquent ou non une problématique ?

- **La ligne de démarcation entre hôpital et communauté n'est pas claire : quand est-on vraiment sorti de l'hospitalisation ?**
- **Une structure ferme (CAPPI) : est-ce problématique ? Quels en sont les effets ?**
- **L'accompagnement social n'est pas effectué pleinement par certains acteurs (Hospice Général) : qui le constate ? Qui et comment doit-il se faire ?**
- **Des lits et des postes sont supprimés (HUG) : est-ce une mise en œuvre d'une vision ? Ou une simple mesure d'économie ?**
- **La stigmatisation et la criminalisation génèrent des appels à l'ordre et des remises en question, comme celle du secret médical.**

d) Vision

Les constats effectués mettent en évidence l'absence, et donc la nécessité, d'une vision de ce que devrait être un projet cantonal pour la psychiatrie, en termes de valeurs, de buts et d'objectifs à atteindre.

Ils pointent de ce fait également la nécessité de disposer d'un plan cantonal pour la psychiatrie, inscrit dans le cadre d'un projet de santé mentale.

- **Si une vision existe, certes, chez un certain nombre d'acteurs qui en ont la nécessité, notamment pour guider leur travail, elle est fragmentée en autant de lieux d'intervention ; cette vision n'est pas pour autant nécessairement divergente.**
- **L'offre en matière de structures publiques n'est pas lisible quant à l'approche qui la sous-tendrait.**
- **Le système est d'une part encore essentiellement hospitalo-centré, d'autres part, on observe une multitude d'initiatives ou de projets dans la communauté.**

4. S'entendre : définitions

Les définitions ci-dessous servent de base à la vision proposée.

a) Santé et santé mentale (OMS)

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹

Cette définition a pour important corollaire que la santé mentale est davantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.²

b) Maladie mentale

La maladie mentale est le produit d'une interaction entre une pathologie individuelle et des facteurs externes (sociaux, politiques, etc.)³.

Dans ce modèle, l'action thérapeutique est portée à la fois sur les malades, et sur leur environnement (familial, social, professionnel, etc.). Il est alors de première importance de (ré)organiser les ressources existantes en fonction de cette vision, et / ou d'en créer de nouvelles .

Cette vision « constructiviste » tend à favoriser une psychiatrie « multi-axiale » qui se caractérise par

- une psychiatrie qui valorise tous les axes pertinents pour décrire un malade donné, en inscrivant la vision médicale comme l'un de ces axes (plutôt que celui qui les orchestre)
- un fonctionnement organisé autour de la concertation entre représentants des secteurs de la vie impliqués pour un malade donné : psychiatre, représentants de la famille, assistant social, représentant du monde du travail, aumônier, etc.

5. Besoins : changer de paradigme, construire et mettre en œuvre ensemble

Les six axes qui suivent constituent le cœur des propositions. Ils sont assortis, au chapitre suivant, de quelques « vignettes » qui permettent d'illustrer les propositions.

a) Effectuer un bilan et valoriser l'existant

- **Analyser les concepts et les propositions du Rapport « Situation de la psychiatrie adulte à Genève »**, Rapport de la commission d'experts, 12 janvier 2000 ([voir références](#)), à l'aune de la situation actuelle, et mesurer le chemin parcouru.
- **(Re)donner une place à la communauté** – médecins généralistes et psychiatres de Ville, associations, institutions – et **prendre appui sur les expériences, l'expertise et les projets existants**,

¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. La définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

² La santé mentale: renforcer notre action, Aide-mémoire N°220, Août 2014, OMS

³ Cette approche de la « construction » se distingue de celle de l'« essentialisation » où la maladie mentale est une réalité en soi (modèle de la médecine somatique), objectivable (neuro-sciences), durable et qui nécessite un traitement médicamenteux permanent pour être contrôlée. Ici, les besoins concernent uniquement une meilleure coordination des ressources disponibles (par opposition à la notion de concertation).

- **Effectuer un bilan sous forme de cartographie des prestations et d'une radiographie** sans complaisance, à l'aune des valeurs (re)définies: typologie, pertinence, efficacité, efficience, maillage et cohérence des trajectoires.

b) Définir les besoins des personnes en les associant

- **Identifier les publics et définir les besoins avant de décider des moyens.**
- **Associer les personnes concernées et les proches** à la définition de ces besoins et de leurs moyens.
- **Tenir compte de la temporalité** particulière des publics visés et de la continuité nécessaire dans les prestations, comme facteur de réussite.

c) Changer de paradigme et s'appuyer sur de nouveaux concepts-clés

- **Mettre la personne au centre et assurer l'existence d'un réseau coordonné** avec et pour elle (plutôt que de la « saucissonner » en autant de prises en charge).
- **Soutenir le modèle du rétablissement** (« Recovery ») et l'apprentissage du cheminement avec sa problématique psychiatrique (comme alternative au modèle biomédical dominant qui suppose la guérison).
- **Ancrer ce changement de paradigme** dans le pilotage des institutions, en favorisant notamment la formation initiale et continue du personnel.
- **Se pencher sur la limite entre psychiatrie et handicap mental** et l'explicitier (plutôt que de l'ignorer ou de faire comme si les questions étaient interchangeable).

d) Développer des lieux de vie dans la Cité

- **Augmenter l'offre de lieux de vie dans la Cité**, avec des degrés d'accompagnement divers, ainsi que des structures de jour.
- Mettre en place des lieux de vie **avec des conditions d'accès peu restrictives.**
- **Définir ce que l'on entend par « structures intermédiaires »** et développer une offre en regard des besoins identifiés.

e) Réunir l'ensemble des aspects dans un Projet cantonal pour la psychiatrie et le rendre visible

- **Disposer d'une politique cantonale pour la psychiatrie sous forme de « Projet cantonal »** pour permettre à chaque acteur de se situer dans l'ensemble existant et projeté.
- **Evaluer périodiquement l'avancement des réalisations**, ainsi que la satisfaction des usagers, en associant les acteurs concernés, et réviser le Projet cantonal en conséquence.
- **Soutenir l'innovation.**
- **Donner une visibilité au projet comme aux prestations**, et en faciliter l'accès par une information adéquate (lisibilité) à l'ensemble des acteurs concernés (usagers et professionnels).

f) Définir les moyens et anticiper l'introduction d'un nouveau système de financement fédéral

- **(Re)définir les moyens à partir de l'analyse effectuée.**

- **Analyser les effets du nouveau modèle de financement prévu** pour 2018 (TARPSY⁴), en comprendre les éventuels avantages et les limites et anticiper les réponses.
- **Partager ces réflexions avec les acteurs concernés.**

6. Quatre illustrations au propos

Les quatre brefs descriptifs qui suivent visent à montrer des concepts et des pratiques à l'œuvre dans le canton. Ils ont également pour vocation d'illustrer plus concrètement certains axes du chapitre précédent.

Changer de paradigme : le rétablissement (1)

Le rétablissement n'est pas le privilège de certains patients exceptionnels. Comme il n'y a pas de moyen de prévoir qui se rétablira ou non, nous devons approcher chaque personne comme si elle était capable de se rétablir pourvu qu'elle ait les chances suffisantes de développer ses talents et appuis (Pat Deegan, 2001).

Le Recovery est un processus tout à fait personnel et individuel de changement de comportement, de valeurs, de sentiments, de buts, de capacités et de rôles. Mener une vie heureuse, pleine d'espoir et active est possible malgré les restrictions de la maladie (W. A. Anthony, 1993).

Plus qu'un modèle, le « rétablissement » est une philosophie. Elle se centre sur l'idée non pas d'une vie sans maladie, mais une vie avec une capacité d'agir. Elle comprend la notion d'évolution de la personne (transformation de soi), qui ne permet ainsi pas de prédire qui va s'en sortir, mais qui permet, *de facto*, à une part importante de personnes de trouver les moyens de s'intégrer.

Le rétablissement s'est développé en réponse à l'accompagnement des personnes souffrant de schizophrénie / psychose. On trouvera un bon survol de base de la notion et de son historique sur Wikipedia (Rétablissement en santé mentale, mai 2015

http://fr.wikipedia.org/wiki/R%C3%A9tablissement_en_sant%C3%A9_mentale#cite_note-4)

Changer de paradigme : pair-aidantE, pair-praticienNE (2)

Le concept a été initié au sein des mouvements du « rétablissement ». En soi, le pair-aidant existe depuis toujours, en tant que personne ayant vécu un problème de santé mentale et qui, au travers de cette expérience et de son partage, va être à même de soutenir une personne qui vit une situation similaire, en servant de modèle.

La nouveauté tient à une formalisation de ce rôle avec la mise en place **d'une formation de « pair-praticienNe »** qui vise à doter ces « pairs-aidants » d'outils pour accompagner. Il ne s'agit pas de remplacer les autres professionnels –les pairs-aidants amènent un regard supplémentaire et complémentaire sur la personne en difficulté-, mais d'apprendre à prendre la distance nécessaire, et de définir des conditions « d'exercice » de l'aide.

Une première volée de formation vient de s'achever en Suisse-romande, et deux pairs-aidants sont à l'œuvre dans un projet-pilote aux HUG actuellement.

⁴ Indemnisation des traitements psychiatriques sur la base des diagnostics, de la gravité du cas et de la durée de traitement; catégories propres pour enfants, adolescents et patients en psychiatrie forensique

L'utilisateur au centre : Move-on, association Trajets (1)**Move-on**

Le programme Move-on est destiné aux jeunes en rupture de 18 à 28 ans, dont la difficulté principale est relationnelle et s'accompagne de premières manifestations sur le plan psychiatrique au sens large : de l'épuisement émotionnel (« burn-out ») à une maladie psychiatrique, parfois d'addictions, et de solitude (déstructuration sociale).

L'utilisateur est mis au centre et accompagné de façon à lui permettre de formuler sa demande dans une logique d'autodétermination, de responsabilisation et d'autonomie croissante. Dans ce sens, le travail peut ne pas être le seul désir de réalisation.

Le réseau, coordonné, constitué autour du jeune n'a pas de vocation thérapeutique, mais un rôle psychosocial. Il va permettre de préparer l'accès au projet et d'effectuer des stages, tout en veillant à ajuster un traitement, par exemple.

L'utilisateur au centre : le Modèle Weddinger, HUG (2)**Le Modèle Weddinger**

Fondé sur le modèle mis au point dans un hôpital berlinois, situé dans un quartier avec peu de moyens (pénurie par exemple de psychiatres), l'idée au centre du dispositif est la même que pour le projet « Move on » : le patient est mis au centre, de manière à favoriser sa participation et l'amener à lui permettre de prendre des décisions le concernant.

Le principe réside dans une refonte importante de l'organisation du travail, avec un basculement vers le travail en équipe pluridisciplinaire.

Dans une même logique d'innovation que pour les pairs-aidants, une équipe teste ce modèle dans une unité à l'Hôpital de Belle-Idée (HUG) actuellement.

7. Références

Les références qui suivent ont nourri les travaux qui ont présidé à la rédaction des Lignes directrices.

a) Travaux parlementaires 2009-2013

Rapport de la Commission de la santé chargée d'étudier la pétition concernant la situation de la psychiatrie adulte ([P 1854-A](#)), renvoyée au Conseil d'Etat, 17 septembre 2013.

Rapport de la commission de la santé chargée d'étudier le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la planification sanitaire du canton de Genève 2012-2015 ([RD 875-A avec résolution R 697](#)) renvoyée au Conseil d'Etat, 21 mars 2013.

b) Historique genevois

Situation de la psychiatrie adulte à Genève, Rapport de la commission d'experts, 12 janvier 2000

c) Travaux en Suisse

Journées annuelles R3, rCube Réseau romand pour le rétablissement, www.seretablir.org

Filière d'accompagnement et d'hébergement psychiatrique - rapport final – 1ère et 2ème étapes, Josiane Antille et Chantal Resplendino, Canton de Vaud, juin 2013,

http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/Rapport_fili%C3%A8re_psy.pdf

Rapport sur le projet « Projet Dialogue sur la santé psychique », OFSP – CDS – fondation Promotion Santé Suisse, Berne, décembre 2014

d) Références internationales

Santé mentale et emploi : Suisse, OCDE, 2014

<http://www.oecd.org/fr/els/emp/santementaleetemploi-suisse.htm>

Plan directeur de l'OMS

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf

e) Réflexions

Recovery – Vers le rétablissement, maladies psychiques, Pro Mente Sana, 2011 (trad. française)

Témoignages de Recovery – Récits de rétablissements en santé mentale, entretiens et textes, Samia Richle, Ildiko Dao Lamunière, Pro Mente Sana, 2012

Madness in Civilization - A cultural history of insanity, from the Bible to Freud, from the madhouse to the modern medicine, Andrew Scull, Princeton University Press, 2015

Le groupe de travail de l'Alternative était composé de Ayari Félix Beltrametti (présidence), Jocelyne Haller, Esther Hartmann, Sarah Klopmann, Frédérique Perler, Christine Serdaly Morgan, Julien Dubouchet et Christian Frey.

Les deux séminaires ont réuni respectivement 24 personnes (4.10.14) et 20 personnes (25.4.15).