



Thèse

2006

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

---

Les Centres de thérapies brèves dans la psychiatrie genevoise :  
perspective historique et point de vue actuel des patients

---

Dorsaz, Orianne

**How to cite**

DORSAZ, Orianne. Les Centres de thérapies brèves dans la psychiatrie genevoise : perspective historique et point de vue actuel des patients. Doctoral Thesis, 2006. doi: [10.13097/archive-ouverte/unige:391](https://archive-ouverte.unige.ch/unige:391)

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:391>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:391](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:391)

UNIVERSITE DE GENEVE

FACULTE DE MEDECINE  
Section de Médecine Clinique  
Département de Psychiatrie  
Service de psychiatrie adulte

Thèse préparée sous la direction du Professeur Gilles Bertschy

---

« Les Centres de Thérapies Brèves dans la psychiatrie genevoise :  
perspective historique et point de vue actuel des patients »

Thèse  
présentée à la Faculté de Médecine  
de l'Université de Genève  
pour obtenir le grade de Docteur en médecine

par

Orianne DORSAZ

de

Genève (GE) et Liddes (VS)

Thèse n° 10464

Genève

2006



UNIVERSITÉ DE GENÈVE

FACULTÉ DE MÉDECINE

**DOCTORAT EN MEDECINE**

Thèse de :

**Madame Oriane DORSAZ**

originaire de Genève (GE) et de Liddes (VS)

Intitulée :

**LES CENTRES DE THERAPIES BREVES DANS LA PSYCHIATRIE GENEVOISE :  
PERSPECTIVE HISTORIQUE ET POINT DE VUE ACTUEL DES PATIENTS**

La Faculté de médecine, sur le préavis de Monsieur Gilles BERTSCHY, professeur adjoint au Département de psychiatrie, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 13 avril 2006

Thèse n° **10464**

  
Jean-Louis Carpentier  
Doyen

N.B. - La thèse doit porter la déclaration précédente et remplir les conditions énumérées dans les "Informations relatives à la présentation des thèses de doctorat à l'Université de Genève".

## **Résumé**

*Partant de la surcharge chronique des unités hospitalières psychiatriques classiques à Genève, une réforme, à partir de 2000, a amené à relancer le rôle des Centres de Thérapies Brèves (CTB) à Genève, comme alternative à l'hospitalisation. La thèse réinscrit ce projet dans une perspective historique et internationale.*

*Une étude statistique sur l'évolution des CTB montre une augmentation continue de leur taux d'activité, de leur taux d'occupation en terme de lits et de la taille de leur population prise en charge. Les résultats d'une étude menée auprès de patients des unités hospitalières classiques et des CTB portant sur des séjours hospitaliers actuels, des prises en soins CTB antérieures à la réforme et postérieures à celle-ci, met en évidence une plus grande satisfaction des patients et une perception plus positive pour les CTB, à l'avantage de la version post-réforme.*

## **Remerciements**

*Je tiens à remercier tout particulièrement le Professeur Gilles Bertschy, directeur de cette thèse, pour sa disponibilité, ses conseils, ses idées, sa rigueur scientifique, et son soutien tout au long de ce travail.*

*Un grand merci à Monsieur Eric Zbinden pour son aide à la réalisation du questionnaire et à l'analyse des données.*

*Je remercie également la Doctoresse Edith Safran, du Service d'informations médico-économiques, pour m'avoir fourni les statistiques d'activité des structures étudiées.*

*Merci à Mesdames Sandra Ter-Pelle et Evgenia Daskalou qui m'ont apporté leur aide pour la recherche bibliographique, la mise en page et la relecture de ce travail.*

*Je remercie encore tous ceux qui m'ont aidé à mener à bien l'étude auprès des patients, ainsi que les patients eux-mêmes qui ont pris à cœur de participer à cette étude.*

# **Table des matières**

I. Introduction	<i>p. 7</i>
II. Historique et contexte	<i>p. 8</i>
II.1 Histoire des institutions psychiatriques	<i>p. 8</i>
II.1.1 Le socle archaïque	
II.1.1.1 Les médecines primitives	
II.1.1.2 La médecine de la civilisation hébraïque antique	
II.1.1.3 La médecine de l'Antiquité gréco-romaine	
II.1.2 Le Moyen-Age	
II.1.3 De la Renaissance aux Lumières	
II.1.3.1 Les XV <sup>ème</sup> et XVI <sup>ème</sup> siècles	
II.1.3.2 Du XVII <sup>ème</sup> au milieu du XVIII <sup>ème</sup> siècle	
II.1.3.3 La seconde moitié du XVIII <sup>ème</sup> siècle	
II.1.4 Le XIX <sup>ème</sup> siècle ou la construction des asiles	
II.1.5 Le XX <sup>ème</sup> siècle	
II.2 Histoire de la psychiatrie à Genève	<i>p. 11</i>
II.2.1 Du XVII <sup>ème</sup> au XIX <sup>ème</sup> siècle: la maison de "Discipline"	
II.2.2 Début du XX <sup>ème</sup> siècle : l'Asile psychiatrique de Bel-Air	
II.2.3 De 1926 à 1953 : l'Asile-Hôpital	
II.2.4 De 1953 à 1975 : la Clinique psychiatrique	
II.3 Le XX <sup>ème</sup> siècle ou la recherche d'alternatives à l'hospitalisation classique	<i>p. 13</i>
II.3.1 Le mouvement anti-psychiatrique en Angleterre	
II.3.2 La désinstitutionnalisation en Italie	
II.3.3 La désinstitutionnalisation des services de psychiatrie au Canada	
II.3.4 La sectorisation en France	
II.3.5 Le modèle de la "thérapie brève de Palo Alto"	
II.3.6 La semi-hospitalisation aux Etats-Unis	
II.3.7 La semi-hospitalisation en Europe	
II.3.8 L'expérience de psychiatrie de secteur du canton de Vaud	
II.3.9 Les alternatives à l'hospitalisation à Genève	
II.4 2000-2004 : la psychiatrie dans le monde au début du XXI <sup>ème</sup> siècle	<i>p. 18</i>
II.4.1 Rapport de l'OMS sur la santé mentale dans le monde de 2001	
II.4.2 Rapport de Piel et Roelandt sur la réforme de la psychiatrie en France	
II.4.3 Position des représentants des institutions universitaires suisses de psychiatrie	
II.4.4 Actualité	
II.5 2000-2002 : la réforme du département de psychiatrie de Genève	<i>p. 22</i>
II.5.1 Début 2000 : la commission d'experts examine la surcharge de unités hospitalières de psychiatrie	
II.5.2 La position de la direction des HUG	
II.5.3 La concertation	

II.5.4	Le débat institutionnel	
II.5.4.1	Position du comité de pilotage	
II.5.4.2	Contre-projet des organisations syndicales SIT/VPOD aux travaux du groupe 2	
II.5.4.3	Groupe paritaire	
II.5.5	L'application de la réforme du département de psychiatrie à Genève	
II.5.5.1	Protocole de décision du conseil d'administration des HUG	
II.5.5.2	Fin 2001 : la concrétisation	
II.5.6	L'application en pratique	
II.6	2002-2004 : suivi	<i>p. 27</i>
II.6.1	Nécessité d'aller plus loin	
II.6.2	Travail d'affinage	
II.6.3	Belle-Idee toujours surchargée	
III.	Objectifs	<i>p. 31</i>
III.1	Cadre général	<i>p. 31</i>
III.2	Hypothèses de notre étude	<i>p. 32</i>
IV.	Méthodologie	<i>p. 34</i>
IV.1	Cadre de l'étude	<i>p. 34</i>
IV.2	Première partie : statistiques d'activité	<i>p. 34</i>
IV.3	Seconde partie : l'enquête auprès des patients	<i>p. 34</i>
IV.3.1	Recrutement des patients	
IV.3.2	Questionnaire rempli par le médecin	
IV.3.3	Questionnaire aux patients	
IV.3.4	Analyse des données	
V.	Résultats	<i>p. 37</i>
V.1	Résultats de l'étude statistique d'activité	<i>p. 37</i>
V.2	Résultats de l'enquête auprès des patients	<i>p. 42</i>
V.2.1	Echantillon	
V.2.1.1	Echantillon final	
V.2.1.2	Comparaison échantillon CTB 04 versus BI	
V.2.2	Choix entre BI et CTB	
V.2.3	Satisfaction	
V.2.4	Polarités	
V.2.5	Echelles	
V.2.5.1	Echelle de bien-être psychologique	
V.2.5.2	Echelle de stigmatisation	
V.2.5.3	Corrélations entre bien-être psychologique et stigmatisation	

V.2.6	Facteurs de confusion	
V.2.6.1	Genre et âge	
V.2.6.2	Entourage social	
V.2.6.3	Antécédents	
V.2.7	Commentaires de patients	

VI. Discussion	<i>p. 58</i>
VII. Conclusion	<i>p. 63</i>
VIII. Annexes	<i>p. 64</i>
Annexe 1 : questionnaire médecin	<i>p. 64</i>
Annexe 2 : questionnaire patient	<i>p. 65</i>
Annexe 3 : liste des abréviations	<i>p. 71</i>
IX. Références	<i>p. 72</i>

# **I. Introduction**

*"Le monde dans lequel nous vivons et travaillons change continuellement et cette réalité a d'importantes répercussions dans le domaine de la psychiatrie."* C'est ainsi que s'exprime le Professeur François Ferrero dans le "projet de service 2 : 2002-2006 de la clinique de psychiatrie adulte-secteurs" du 17 décembre 2001. Nous allons revenir sur ce document qui s'inscrit dans l'historique de la dernière réforme du département de psychiatrie. A l'origine de cette réforme, en février 1998, se trouve la demande en lits supplémentaires du département de psychiatrie au Président du Département de l'action sociale et de la santé pour faire face à l'importante augmentation du nombre d'admissions. Une commission d'experts est donc mandatée pour examiner la situation de la psychiatrie adulte à Genève. Elle constate alors l'accroissement des hospitalisations en psychiatrie, phénomène durable depuis 1990. C'est le point de départ de cette réforme qui aboutit, quatre ans plus tard, à la rédaction de ce projet de service, qui modifie entre autres l'organisation et le fonctionnement des Centres de Thérapies Brèves (CTB). Ces CTB, au nombre de trois en 2004, au moment où nous réalisons ce travail, deviennent des lieux de semi-hospitalisation avec huit lits chacun. Le but est de créer une alternative à l'hospitalisation dans la clinique psychiatrique genevoise de Belle-Idée et de décharger les unités hospitalières classiques. Face à ces changements, nous nous interrogeons sur l'impact qu'ils ont eu en pratique du point de vue des patients.

Notre travail comporte plusieurs parties. La première concerne l'historique de la psychiatrie, avec une attention toute particulière portée sur ce qui s'est passé à Genève, principalement autour de la dernière réforme du département. Cette partie nous semble indispensable pour bien comprendre le sens et l'importance de ce qui suit.

Ensuite vient l'étude que nous avons menée au sein des CTB et des unités hospitalières classiques de Belle-Idée (BI).

Nous rappellerons d'abord les objectifs de l'étude, avant d'énoncer la méthodologie que nous avons suivie. L'étude se divise en deux parties, la première, principalement statistique, s'intéresse aux données administratives des CTB et des unités hospitalières classiques sur les 5 dernières années. Elle étudie l'évolution aussi bien quantitative que qualitative de l'activité de ces structures. La seconde, basée sur un questionnaire, se tourne vers les patients qui sont passés dans l'une ou l'autre structure et étudie la perception qu'ils ont de ces lieux et de leur prise en charge. L'exposition des résultats de ces deux parties est suivie d'une discussion.

## **II. Historique et contexte**

*"On aboutit à une psychiatrie décentralisée qui, antérieurement asilaire, est sortie des murs de l'hôpital pour devenir communautaire et dans la ville."* Cette phrase, prononcée lors des journées de réflexion CTB, est très représentative du chemin qui a été parcouru depuis le début de la prise en charge communautaire des aliénés à nos jours. Nous allons revenir sur ce chemin que nous avons divisé en quatre parcours distincts. Il paraît important, pour suivre l'évolution de l'attitude vis-à-vis des patients souffrant de troubles psychiatriques, de remonter aussi loin que possible, c'est pourquoi nous nous sommes d'abord intéressés au sort des aliénés de l'Antiquité jusqu'au XX<sup>ème</sup> siècle. Le deuxième chemin s'intéresse à l'histoire de la psychiatrie genevoise et va du XVII<sup>ème</sup> siècle à 1996. Le troisième serpente autour des débuts de la semi-hospitalisation dans le monde, et le dernier correspond à la réforme du département de psychiatrie de Genève, amorcée en 1998. Il est important de préciser que nous ne faisons que survoler cette page d'histoire en nous concentrant sur les points relevant pour notre sujet d'étude, c'est-à-dire les Centres de Thérapies Brèves.

### **II.1 Histoire des institutions psychiatriques**

#### **II.1.1 Le socle archaïque**

##### II.1.1.1 Les médecines primitives

Dans les cultures primitives, la maladie mentale est considérée comme dépendante d'une cause surnaturelle, il s'agit d'une possession démoniaque, de la violation d'un tabou, d'un rapt de l'âme... Sa cure est donc l'affaire d'un exorciste, mais aussi de la collectivité car la cérémonie tend à la guérison du malade mais surtout à sa purification qui permettra de le réintégrer dans la communauté (Pélicier, 1976).

##### II.1.1.2 La médecine de la civilisation hébraïque antique

La conception monothéiste s'accompagne entre autres du sentiment de culpabilité. La maladie est alors vue comme un châtiment des transgressions conscientes ou accomplies par mégarde. Le traitement des maladies mentales est du ressort des prêtres guérisseurs. De plus, si les malades menaçaient la paix ou l'ordre public, l'attitude de la société envers eux était cruelle. On pense qu'ils étaient chassés de la communauté ou qu'ils étaient passibles de mort à cause des esprits mauvais et des démons qui étaient en eux. Au cours des siècles, l'attitude du peuple juif envers les troubles mentaux évolua. L'approche magique de la compréhension et du traitement des maladies mentales fut progressivement rejetée (Postel, 1994).

##### II.1.1.3 La médecine de l'Antiquité gréco-romaine

La médecine de l'Antiquité gréco-romaine commence au V<sup>ème</sup> siècle avant Jésus-Christ, avec Hippocrate. Ce dernier ne distingue pas les maladies de l'âme et du corps, et ses traitements sont basés de façon importante sur le régime alimentaire, associé à des médicaments. On peut dire enfin que toute psychothérapie n'est pas absente du traitement, dans la mesure où le médecin attache une grande importance au dialogue qu'il noue avec son malade : "il écoute, puis explique et ordonne" (Postel, 1994).

## **II.1.2 Le Moyen-Age**

Il faut attendre l'impulsion donnée par les traductions de l'arabe pour qu'un éveil intellectuel soit possible, à partir du XI<sup>ème</sup> siècle. Celui-ci part de la Sicile et de l'Espagne, là où les contacts avec les Arabes étaient les plus faciles (Pélicier, 1976).

Bien que l'explication des maladies mentales fasse exclusivement appel à la physiologie, une ambiguïté persiste. Les auteurs répètent que, même s'il arrive que la puissance divine permette une intervention diabolique, celle-ci ne se fait que par des processus physiques sur lesquels le médecin peut opérer.

Des attitudes positives de la société féodale par rapport à ses fous, se traduisant par la compassion, l'accueil et un souci d'intégration, coexistent avec des attitudes négatives où prédominent la peur, le rejet et l'exclusion. Contrairement à certaines idées reçues, les thérapeutiques visant à soulager ou à guérir la folie sont nombreuses et diversifiées à l'époque féodale. Le malade mental est le plus souvent soigné à domicile. Par ailleurs, l'hospitalisation des fous se développe progressivement, de même que le recours aux moyens de contention. Les attitudes négatives de la société féodale par rapport à ses fous, issues du malaise et de la peur, entraînent progressivement la contention, la marginalisation voire l'exclusion de ceux qui incarnent l'idée même d'anormalité. Certains fous sont détenus avec douceur et affection, d'autres sont relégués dans une cabane, solidement attachés, ils ne sortent jamais et aucune tentative n'est faite pour améliorer leur sort. Certains sont chassés et on en laisse d'autres encore mourir de faim... Un certain nombre d'aliénés, comme dans les siècles précédents, est incorporé dans les prisons. Le droit de l'époque permet d'ailleurs d'enfermer de façon préventive les fous agités (Postel, 1994). La thèse démoniaque entraîne même, à partir des XIV<sup>ème</sup> et XV<sup>ème</sup> siècles des sanctions tragiques et allume des bûchers dans toute l'Europe (Pélicier, 1976). La mise à l'écart des fous augmente au cours de l'époque féodale et s'institutionnalise progressivement. Le processus croissant d'exclusion est à rapprocher des mesures d'ostracisme prises au même moment à l'égard des autres marginaux : juifs, hérétique, lépreux (Postel, 1994)...

## **II.1.3 De la Renaissance aux Lumières**

### **II.1.3.1 Les XV<sup>ème</sup> et XVI<sup>ème</sup> siècles**

On assiste, au début du XV<sup>ème</sup> siècle, à une authentique innovation en Occident : en 1526, Juan-Luis Vivès envisage l'enfermement des fous dans une perspective thérapeutique. Le premier établissement, dont on sait avec certitude qu'il a été exclusivement consacré aux insensés, est fondé en Espagne. Il est à l'origine d'un grand mouvement de création d'établissements destinés à l'assistance aux malades mentaux, phénomène qui se développera largement dans toute l'Europe durant le XVI<sup>ème</sup> siècle, avec par exemple la transformation en 1547 d'un monastère de Londres en hospice pour insensés (Pélicier, 1976).

L'Espagne doit probablement cette éclosion à ses contacts privilégiés avec d'autres cultures. Ils ont notamment dû avoir l'occasion d'apprécier la manière dont était traité l'aliéné dans le monde islamique, si différente des pratiques en usage dans les pays chrétiens. Il est intéressant de rappeler ici que le grand hôpital des fous du Caire fut fondé en 1310. Les Arabes, opposés à la séquestration des aliénés, ne songeaient d'ailleurs à y enfermer qu'une espèce d'aliénés : ceux dont la turbulence les rendait dangereux et insupportables et ceux qui faisaient régner la terreur (Postel, 1994).

### II.1.3.2 Du XVII<sup>ème</sup> au milieu du XVIII<sup>ème</sup> siècle

Le XVII<sup>ème</sup> siècle est surtout caractérisé par la création d'hôpitaux généraux. Ceux-ci sont destinés à enfermer les personnes errantes dans des lieux où se conjuguent assistance et répression. Les mendiants valides, contraints au travail, sont la cible privilégiée de ces établissements. En effet, à son origine, l'internement forme l'une des réponses données par le XVII<sup>ème</sup> siècle à la crise économique qui affecte le monde occidental. Il n'a pas été exigé par un souci de guérison, mais ce qui l'a rendu nécessaire était un impératif de travail. Mais on y accueille tout de même également vieillards, enfants, teigneux, galeux, épileptiques, fous, et de manière plus générale tous les infirmes. Les insensés ne constituent que 5 à 10% de cette population. On est loin des taux d'internement des XIX<sup>ème</sup> et XX<sup>ème</sup> siècles... .

Un autre type de structure où l'on trouve également des aliénés est constitué par les anciennes léproseries. Depuis le XV<sup>ème</sup> siècle, la lèpre a disparu, mais ces structures sont restées. Et dans ces même lieux, des pauvres, des vagabonds, des correctionnaires et des "têtes aliénées" reprennent, à la fin du XVII<sup>ème</sup> siècle, le rôle abandonné par le ladre, avec la même exclusion.

Au début du XVIII<sup>ème</sup> siècle, avec le recours de plus en plus fréquent aux lettres de cachet et compte tenu de la multiplication et la diversification des maisons de force, on assiste à une nette augmentation de la proportion d'insensés parmi cette population enfermée. Elle oscille en effet autour de 20%. Mais au-delà de cette moyenne globale, on peut remarquer que de nombreuses maisons de force n'accueillent pratiquement pas de fous, tandis que d'autres se spécialisent progressivement dans leur accueil, au point d'en compter parfois jusqu'à 50 % de leur effectif. Au cours du XVIII<sup>ème</sup> siècle, l'internement dans des maisons strictement réservées aux fous commence à se pratiquer régulièrement. Les "Petites Maisons" tendent à devenir l'hôpital pour les fous par excellence. Bon nombre des fous trouvent à cette époque une terre d'asile qui leur appartient en propre. Ce sont d'ailleurs ces dernières qui sont appelées à figurer parmi les grands asiles d'aliénés du XIX<sup>ème</sup> siècle (Foucault, 1972; Postel, 1994).

### II.1.3.3 La seconde moitié du XVIII<sup>ème</sup> siècle

Au milieu du XVIII<sup>ème</sup> siècle, naît un courant d'idée qui va changer radicalement l'optique du problème : le mouvement philanthropique. Il se caractérise par "une répugnance innée à voir souffrir son semblable" (Rousseau). A cette époque apparaît la volonté d'améliorer les conditions hospitalières. Les chaînes de fer, destinées à tenir les plus extravagants et les plus furieux, sont remplacées par des gilets de force, ou camisole, ce qui permet aux aliénés d'errer librement dans les couloirs. Cette abolition de la contrainte et de l'enfermement, d'abord accueillie avec scepticisme, supposait surtout un personnel formé. On constate pour la première fois l'émergence des insensés en tant que catégorie médicale distincte ayant droit à l'assistance publique. Ressort également l'idée de spécialiser les hôpitaux. Cette idée n'est pourtant pas nouvelle : elle avait déjà été formulée vers 1525, à l'exemple des hôpitaux des grandes villes d'Italie.

En 1785, Colombier rédige une circulaire intitulée "Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés". C'est le texte fondamental qui fonde la psychiatrie en France ! Mais il n'est pas le seul à avoir participé à la genèse de cette nouvelle spécialité médicale consacrée à la folie. Reil, en Allemagne, crée le premier le terme de psychiatrie, il promeut également le théâtre thérapeutique et réclame des hôpitaux accueillants permettant les échanges moraux. Battie

inaugure l'hôpital Saint-Luc à Londres en 1751, suivi presque 50 ans après par Tuke qui fonde la "Retraite" à New York. Autres figures importantes de ces changements : Chiarugi à Florence, Abraham Joly à Genève, Held à Prague et un peu plus tard Sabler à Moscou (Postel, 1994).

#### **II.1.4 Le XIX<sup>ème</sup> siècle ou la construction des asiles**

Le nom d'asile est imposé par Esquirol, à l'époque moins péjoratif que celui d'hôpital. Les plans d'asiles reposent sur l'idée de séparation des différentes classes de malades : les convalescents, les tranquilles, les agités, les furieux... . Un des principes d'Esquirol est celui du rejet de l'asile en dehors des villes pour des raisons d'ordre économique : moindre coût du terrain, nécessité de terres à cultures. L'internement des aliénés devient une habitude, si bien qu'un certain encombrement apparaît dans les asiles. Peu à peu, les fous sont oubliés... Une certaine autarcie s'installe dans les asiles, les fous assurant leur survie par leur propre travail (Postel, 1994).

#### **II.1.5 Le XX<sup>ème</sup> siècle**

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, l'hôpital psychiatrique est en complète évolution et l'on s'efforce d'appliquer de nouvelles conceptions sociothérapeutiques. Le rapport de Paul Sérieux en 1903 critique sévèrement le système asilaire français considéré comme rigide et fermé aux innovations. En 1906, aux Etats-Unis, un ancien malade guéri publie son autobiographie. Il dénonce l'archaïsme du système américain. En 1922 est créé à Paris un service d'hospitalisation libre, ainsi le malade mental, non aliéné au sens de la loi, peut être traité en service ouvert à l'hôpital psychiatrique. Ce dernier perd d'ailleurs son appellation d'asile d'aliénés en 1937.

L'hospitalisation psychiatrique doit devenir de plus en plus un instrument de réadaptation sociale et non un milieu favorisant la chronicité. Aux Etats-Unis on définit la thérapeutique par l'occupation, alors qu'en Allemagne on définit la thérapeutique active et en France la psychothérapie institutionnelle. Toutes visent à utiliser l'hôpital comme un instrument de guérison. Dans le même temps, les problèmes de retour du malade à la vie normale, ainsi que les moyens d'une assistance extra-hospitalière sont posés (Pélicier, 1976).

## **II.2 Histoire de la psychiatrie à Genève**

### **II.2.1 Du XVII<sup>ème</sup> au XIX<sup>ème</sup> siècle: la maison de "Discipline"**

A Genève jusqu'au XVIII<sup>ème</sup> siècle, les malades mentaux ne pouvant plus être assumés par leur famille trouvent asile dans divers fondations charitables et en prison. En 1631 est créée une maison de discipline, sise dans l'hôpital au Bourg de Four, dans le but d'accueillir les mendiants et autres personnes "souffreteuses" dont les aliénés, de les faire travailler et de les entretenir. De 1709 à 1712, un nouveau bâtiment séparé de l'hôpital est construit sur Saint-Antoine, c'est la "Maison de Discipline". Les malades mentaux y dévident la soie, fabriquent du taffetas, des rubans et de la passementerie. Du XVII<sup>ème</sup> au XVIII<sup>ème</sup> siècle, on isole de plus en plus les aliénés. Lorsqu'ils sont agités et qu'ils dérangent, on les met en cellule et s'ils demandent trop d'attention, on les rend à leur famille. A la fin des années 1750, une partie de

"la Discipline" est réservée à ces malades, c'est la "maison ou appartement des esprits aliénés". Ce quartier semble fonctionner à partir de 1760. Dès lors, la volonté d'isoler les aliénés de la société est bien marquée, la société rejette ses éléments anormaux. On ne dispense encore aucun soin aux aliénés et pour tout personnel, ce département compte une gouvernante. Nous pouvons discerner dans cette attitude face aux aliénés les prémices de l'asile psychiatrique qui apparaîtra au XIX<sup>ème</sup> siècle (Barras-Dorsaz, 1985).

A la fin du XVIII<sup>ème</sup>, Abraham Joly et Gaspard de la Rive améliorent les conditions de séjour des malades mentaux et réclament la fondation d'un asile pour les aliénés. En raison d'une épidémie de choléra en 1832, les occupants de la Discipline sont transférés au Château de Corsier. On remarque l'amélioration de leur état grâce à un espace plus grand, à la tranquillité de la campagne, et au travail des champs. Suite à ces constatations, l'autorisation de construire un asile est obtenue. En 1838 a lieu l'ouverture de l'Hospice des Vernets, lieu de séjour et de soins. Suite au danger d'évasion, on ajoute après coup des murs de cours et des barreaux aux fenêtres (Bovier, 1982).

### **II.2.2 Début du XX<sup>ème</sup> siècle : l'Asile psychiatrique de Bel-Air**

C'est en 1892 que le domaine de Bel-Air est acheté, choisi en raison de sa proximité du centre, de voies d'accès faciles, ainsi que de l'air, la lumière et la tranquillité qu'on y trouve. Dès 1895 une dizaine de malades vivent et travaillent déjà dans la ferme du domaine, mais il faut attendre 1900 pour que l'asile cantonal des aliénés de Bel-Air ouvre ses portes. Il s'agit d'un établissement pourvu de toutes les installations modernes, prévu pour 150 hommes et 150 femmes. Il est totalement autonome et mis à l'écart de la vie sociale extérieure. Il est intéressant de noter que presque tous les infirmiers et tous les médecins vivent sur place. L'établissement compte 2 divisions : une pour les hommes, l'autre pour les femmes, avec 6 pavillons chacune. Ces pavillons, qui sont fermés, sont en quelque sorte spécialisés, principalement en fonction de l'agitation de leurs occupants. Dès 1903, les places manquent, surtout chez les femmes, ce qui entraîne une augmentation de l'agitation, une augmentation des risques, un recours trop fréquent à la contention, des soins insatisfaisant voire impossibles. En raison de la réalité des évasions, on grille les fenêtres (Bovier, 1982).

### **II.2.3 De 1926 à 1953 : l'Asile-Hôpital**

En 1926, on assiste à la médicalisation progressive de l'asile, qui se transforme ainsi en hôpital. Un des pas importants dans ce changement est le nouveau statut du personnel : l'infirmier n'est plus considéré comme un gardien mais il devient un véritable soignant. On assiste également à l'introduction de l'externat pour le personnel, ce qui entraîne une amélioration de l'état mental du personnel. Le contact avec la vie extérieure amène une bouffée d'air frais dans l'asile. La problématique de la place persiste, mais on obtient une augmentation du nombre de lits par différents moyens : l'externat du personnel, l'agrandissement et la création de nouveaux pavillons et le transfert en 1929 d'un certain nombre de femmes à Loëx. Le travail rémunéré continue d'occuper une place privilégiée dans la thérapeutique de l'époque. De plus, on tente la réinsertion sociale des sujets à l'extérieur de Bel-Air, on les prépare à la reprise de leur vie familiale et professionnelle. A cette époque, on trouve dans l'établissement un fonctionnement de type unités ouvertes. Il y a même une tentative d'ouverture de l'asile pour certains patients avec des sorties précoces, des promenades libres sur le domaine, des journées de congé et des permissions dominicales.

Le premier pas vers l'extra-hospitalier a lieu en 1929, avec l'ouverture de la polyclinique de psychiatrie en ville, dans le bâtiment des polycliniques de l'avenue du Mail.

Son but est le suivi post-cure pour éviter les retours en clinique, et de maintenir le sujet dans son milieu habituel (Bovier, 1982; Damsa et al., 2005).

#### **II.2.4 De 1953 à 1975 : la Clinique psychiatrique**

Dès 1953, avec l'apparition des premiers neuroleptiques, des améliorations spectaculaires de l'état clinique peuvent être obtenues chez certains patients. On voit ainsi le nombre de séjours de brève durée, et le nombre de patients en soins augmenter, et ce grâce aussi à la polyclinique de psychiatrie et aux médecins privés installés en ville (Bovier, 1982). En 1959 le Pr Ajuriaguerra entre en fonction. Il expose son plan de réforme qui comprend entre autres une ouverture sur l'extra-hospitalier. C'est à cette époque qu'apparaît la notion d'hôpital de jour. Mais le véritable démarrage des soins psychiatriques extra-hospitaliers a lieu en 1963. C'est le grand saut de l'asile à la cité. On assiste à la création et au développement régulier de structures de soins extrahospitalières, sous la dénomination de centre psychosocial universitaire (CPSU), auquel la polyclinique de psychiatrie est rattachée. Dès le départ, l'idée de sectorisation est appliquée. Le canton est divisé en 3 secteurs géographiques. Puis vient la création de centres thérapeutiques de jour. Le premier est ouvert en 1970 à Carouge. Ils évoluent plus tard en centres de thérapies (Brulhart, 2003).

### **II.3 Le XX<sup>ème</sup> siècle ou la recherche d'alternatives à l'hospitalisation classique**

Revenons maintenant quelque peu sur nos pas, pour suivre l'apparition de la semi-hospitalisation dès ses débuts dans les pays anglo-saxons, pendant les années soixantes. C'est à cette période que sont nées les notions de crise et d'intervention de crise. Elles ont un caractère anti-institutionnel et entraînent un mouvement réformateur pour lutter contre l'immobilisme de la psychiatrie. Leur mérite est de transformer une politique psychiatrique axée sur l'hôpital et donc sur la maladie mentale en une pratique extra-hospitalière visant à intervenir massivement et à chaud sur les processus intersubjectifs censés susciter son émergence. Un intérêt nouveau est porté sur la prévention et sur les formes de thérapies alternatives à l'hôpital (Andreoli, 1986).

Nous allons regarder d'un peu plus près l'apparition de ce courant de pensée innovateur, en commençant par le mouvement anti-psychiatrique anglais. Nous verrons ensuite un exemple de fermeture des asiles avec l'Italie et le Canada. La notion de secteur sera introduite avec pour modèle la France. Nous nous attarderons aussi sur le modèle californien de la thérapie brève, son application aux Etats-Unis ainsi que sur les échos qu'il a reçu en Europe. Et nous arriverons finalement à l'expérience suisse avec la naissance de la psychiatrie de secteur dans le canton de Vaud et de la semi-hospitalisation à Genève.

#### **II.3.1 Le mouvement anti-psychiatrique en Angleterre**

Un mouvement anti-psychiatrique apparaît en Angleterre dès 1965 sous l'impulsion entre autres de David Cooper. Il s'agit d'une vague libertaire de protestation contre les murs de l'asile. Ce mouvement est de loin le plus extrême. La folie est vue comme un phénomène imposé par la société en vue d'en exclure certains membres étiquetés de "fous", avec la complicité active du psychiatre et de son institution. Cooper préconise une attitude qui consiste à laisser à l'aliéné la direction de son parcours dans la folie. Il dénonce le traitement et l'internement comme responsables de la chronicisation. A l'hôpital doit succéder l'anti-

hôpital (Clervoy, 1997). De véritables expériences communautaires sont alors tentées. Tout d'abord, Cooper crée une unité expérimentale dans l'hôpital psychiatrique où il travaille, c'est la fameuse expérience du pavillon 21. Mais elle bute sur l'hostilité de l'administration et se termine par l'épuisement. L'expérience est poursuivie ailleurs. Trois homes, dont le fameux Kingsley Hall, sont ouverts comme lieux d'accueil pour les personnes souffrant ou ayant souffert de maladies mentales (Postel, 1994). Dans un petit immeuble d'une banlieue populeuse de Londres vivent en communauté un certain nombre de membres qualifiés du personnel, des personnes ordinaires et des schizophrènes. La distinction entre personnel et malade est estompée au maximum, et pendant toute la durée de cette expérience, sur les 113 personnes qui y séjournèrent, il n'y eut aucun suicide (Rerat, 1974).

### **II.3.2 La désinstitutionnalisation en Italie**

Plus tardive, l'expérience italienne conduite par Basaglia est à plusieurs égards différente du mouvement anglais. Basaglia constate les effets iatrogènes du système asilaire, l'asile étant alors réduit à un instrument de rejet et d'enfermement qui aggrave la maladie mentale. Très actif, le mouvement italien conduit à une réforme sanitaire globale dans laquelle disparaît l'ancien asile psychiatrique au profit d'une médicalisation de la psychiatrie (Clervoy, 1997). Basaglia travaille sous le signe de la libération. Il transforme le vieil asile de Gorizia en instituant une vie communautaire. Dans les années 70, les élèves de Basaglia répandent le courant anti-psychiatrie dans toute l'Italie, ce qui conduit à la fondation d'une association à caractère national : la "Psychiatria Democratica" (Postel, 1994). Cette association ouvre la discussion sur le rôle très critiqué des asiles ainsi que sur les besoins d'une nouvelle perspective dans le traitement des patients présentant des troubles mentaux. Le problème des malades mentaux devient un problème public nécessitant une solution adéquate. Cette solution est apportée par la loi 180, en 1978. Celle-ci est considérée comme révolutionnaire en raison de son interprétation radicale du rôle de l'hôpital psychiatrique dans la société. En effet, elle préconise une désinstitutionnalisation totale, avec abandon des hôpitaux psychiatriques compensé par des services orientés vers la communauté. La création d'unités de psychiatrie à l'hôpital général est envisagée en cas de nécessité d'hospitalisation, mais la plus grande responsabilité de soins est attribuée aux centres communautaires de santé mentale. Avec la fermeture des hôpitaux psychiatriques, Basaglia obtient satisfaction. En effet, un survol à la fin des années 80 de plusieurs études sur la réforme consécutive à la loi 180 amène la conclusion que la société italienne a engendré avec succès un système psychiatrique sans asile, les patients ayant été transférés avec succès dans les services communautaires (Bollini, Mollica, 1989). Des perspectives plus récentes comme nous le verrons plus loin sont peut-être moins absolument optimistes.

### **II.3.3 La désinstitutionnalisation des services de psychiatrie au Canada**

Une désinstitutionnalisation des services de psychiatrie a commencé au Canada dans les années 60 et 70, au moment où beaucoup d'hôpitaux psychiatriques sont fermés, les patients étant réorientés vers la communauté. Cette désinstitutionnalisation a continué ces 40 dernières années. Ce processus apparaît comme une volonté politique de sortir les patients des hôpitaux psychiatriques pour des raisons légales et financières. Il s'ensuivit un mouvement rapide des patients des hôpitaux vers la communauté, accompagné d'une croissance lente des services en santé mentale localisés dans cette dernière. Au Canada, une partie de l'élan pour la désinstitutionnalisation est le désir de diminuer les coûts pour les patients hospitalisés et réattribuer cet argent à la création de programmes communautaires pouvant profiter à plus de personnes.

En réalité, le processus de désinstitutionnalisation se déroule en 3 étapes. La première consiste en un rejet de la dépendance aux hôpitaux psychiatriques. Vient ensuite la "transinstitutionnalisation", avec une augmentation du nombre de lits psychiatriques dans l'hôpital général, et ce n'est que dans la troisième étape que les services psychiatriques ambulatoires se mettent en place dans la communauté.

La première étape a lieu au Canada principalement entre 1975 et 1980, période durant laquelle le plus grand nombre de lits d'hôpitaux psychiatriques est fermé. De façon concomitante, on voit augmenter le nombre de lits dans les unités psychiatriques de l'hôpital général ainsi que le nombre de jour de soins dans les unités psychiatriques des hôpitaux généraux. Ce n'est que dans les années 1990 que le nombre de jours de soins psychiatriques total (hôpital psychiatrique et général) commence à diminuer (Sealy, Whitehead, 2004).

### **II.3.4 La sectorisation en France**

En 1957 démarre à Paris une expérience de psychiatrie dans la communauté, assez voisine de celle faite aux Etats-Unis à la même époque. A l'origine, il s'agissait d'offrir une alternative à l'hospitalisation psychiatrique par la multiplication des traitements ambulatoires, par l'hôpital à domicile, par des thérapies familiales... Mais assez vite apparaît la nécessité de reconstituer un pôle hospitalier. Dès lors se dessine un schéma à double polarité : extra et intra hospitalier. C'est celui du "secteur", établi sur papier dès 1960 et qui sera réalisé après de longues négociations dix ans plus tard (Postel, 1994).

### **II.3.5 Le modèle de la "thérapie brève de Palo Alto"**

A la fin des années 60 naît aux Etats-Unis, dans la ville de Palo Alto en Californie, le concept de "thérapie brève". Il est le résultat de la rencontre de plusieurs chercheurs intéressés par des domaines variés qu'ils appliquent à la compréhension de la communication humaine. Les travaux sur la communication commencèrent après la seconde guerre mondiale et ils s'étalent sur les années 50 et 60. Durant cette période riche en créativité et en remise en question, ces scientifiques bouleversent la vision des problèmes humains ainsi que l'approche de leur résolution. Ils donnent naissance à la vision systémique de la communication humaine. Cette vision consiste à considérer l'être humain comme un élément d'un système en interaction avec son entourage et non plus comme un élément isolé. Cette approche est appliquée dans le domaine des thérapies familiales qui connaissent un grand essor outre-Atlantique.

En 1959, le Mental Research Institute (MRI) est créé à Palo Alto dans le but d'observer le lien entre l'interaction familiale et le développement de la santé, ou de la maladie, chez les membres de la famille. En 1967, le Brief Therapy Center (BTC), ou centre de thérapie brève, est créé au sein du MRI. Le modèle de la "thérapie brève" y est développé au départ d'une recherche voulant préciser et systématiser les conditions qui conduisent les personnes à changer. On peut résumer l'objectif de la thérapie brève de la façon suivante : résoudre rapidement et efficacement la plupart des problèmes vécus par un individu. Ce modèle présente des spécificités très précieuses qui font toute son originalité, sa richesse et son attrait. Parmi ces caractéristiques, on relève les suivantes : le passé du patient importe peu dans le processus thérapeutique, ce qui sert de matériel de travail thérapeutique c'est le présent de l'individu et ses désirs pour le futur, non ce qui est terminé et irrévocablement inchangeable. Alors que les psychothérapies traditionnelles focalisent leurs efforts sur la recherche des origines des difficultés psychologiques, les approches systémiques et stratégiques de la thérapie brève s'intéressent à la façon dont les problèmes se manifestent dans le présent, et utilisent le contexte de vie actuel des patients pour les résoudre. La thérapie

brève cherche à soulager la souffrance psychologique le plus rapidement possible en amenant les patients à faire des expériences nouvelles qui leur permettent d'affronter le présent et l'avenir de façon plus sereine. L'intervention se doit d'être courte. Le patient souffre de son problème maintenant et souhaite aller mieux le plus vite possible. C'est donc dans une optique d'amélioration rapide que travaille le thérapeute. Ce travail n'est d'ailleurs pas uniquement celui du thérapeute. En effet, la thérapie brève part du principe que les patients ont en eux la force et les ressources pour changer, il s'agit donc d'une véritable collaboration entre thérapeute et patient. La plupart des problèmes s'inscrivant dans un contexte relationnel, il est essentiel d'explorer les interactions en jeu, les caractéristiques des relations au sein desquelles apparaît le problème. Il a en effet été constaté que les réactions de l'entourage du patient peuvent bien souvent contribuer à la genèse et au maintien des problèmes psychologiques, mais aussi à leur résolution. Pour terminer, il n'y a pas d'étiquetage du patient selon son symptôme car un même symptôme peut avoir des significations différentes selon la culture, les habitudes familiales et sociales, l'époque... Son interprétation est donc inintéressante pour le processus thérapeutique.

Depuis ses débuts, le modèle de thérapie brève de Palo Alto a séduit un nombre grandissant de thérapeutes de par le monde. Son succès s'est appuyé sur son efficacité à résoudre les problèmes humains les plus variés, et son champ d'applications s'est rapidement étendu à des domaines divers parfois éloignés des problèmes individuels (Institut Gregory Bateson, 2006; Klein et al., 2006).

### **II.3.6 La semi-hospitalisation aux Etats-Unis**

Le modèle américain de 1967 préconise une désinstitutionnalisation accélérée de la psychiatrie et la réorientation communautaire de la thérapie, d'où la création de "crisis centers". Il s'agit de petites unités complètement décentralisées par rapport à la structure psychiatrique traditionnelle, fonctionnant sur un nouveau mode d'approche du patient. Ce dernier est soumis à une évaluation rapide et globale, suivie d'une intervention intensive et polyvalente avec mise en valeur de la dynamique familiale et de l'aide sociale. Les Etats-Unis tentent une généralisation extrême de ce modèle de psychiatrie de la crise, en négligeant le risque de réduction de l'ensemble des soins psychiatriques à une espèce de thérapeutique d'urgence. Au milieu des années septante, le modèle rencontre des difficultés importantes et de graves problèmes de fonctionnement. Et dans les années quatre-vingt, le gouvernement américain donne le coup de grâce à cette expérience (Andreoli, 1986).

### **II.3.7 La semi-hospitalisation en Europe**

Au même moment, quelques équipes européennes reprennent cette même notion de crise, mais avec un esprit bien différent. Ils montrent un intérêt particulier pour la prévention et les formes de thérapies alternatives à l'hôpital. Ils estiment qu'il n'est plus nécessaire ni souhaitable de disposer d'un hôpital psychiatrique pour répondre au besoin social d'une hospitalisation psychiatrique car elle peut se réaliser avantageusement dans un cadre médical moins lourd et moins contraignant. D'autant plus que l'hôpital manque de souplesse pour les situations de crise, et que la population non-psychotique est devenue largement majoritaire au cours des dernières années à l'intérieur de la population psychiatrique comme on peut l'observer aussi à la même époque à Genève. Les transformations profondes du tissu social, la nouvelle organisation de la famille, les difficultés d'adaptation à des conditions de vie et de travail qui se font de plus en plus complexes, la solitude, l'instabilité des valeurs et des relations sociales favorisent l'apparition de situations de catastrophe qui se résorbent moins facilement dans le sein de la famille ou de la communauté et qui s'adressent plus facilement

aux professionnels. Une réorganisation s'avère donc nécessaire. C'est le début de la politique de sectorisation, qui consiste à mettre en lien géographique l'intra et l'extra hospitalier et à assurer la continuité des soins. Cette politique privilégie le lieu de vie du patient dans la communauté et décloisonne le fonctionnement hospitalier. Le dispositif de secteurs s'organise autour de 2 organisations fonctionnelles, l'une s'adressant aux soins à long terme, l'autre constituant un dispositif de crise à la fois intra- et extra-hospitalier qui trouve sa structure portante dans un nouveau type d'unité psychiatrique : le CTB. L'identification de nouveaux besoins créés par la crise chez le patient, et la mise au point de stratégies relationnelles soigneusement étudiées afin de répondre à ces besoins font l'essentiel d'un travail qui a l'ambition d'être une véritable alternative à l'hospitalisation (Andreoli, 1986).

### **II.3.8 L'expérience de psychiatrie de secteur du canton de Vaud**

Dans le canton de Vaud, la psychiatrie jusqu'alors très centralisée, s'ouvre à cette nouvelle notion de sectorisation, exprimant la volonté d'en finir avec les attitudes de rejet et de ségrégation vis-à-vis des malades mentaux.

En 1966, le service de santé publique du canton de Vaud demande une expertise à l'OMS afin d'étudier les services psychiatriques hospitaliers du canton en raison de la surcharge de l'hôpital universitaire. Le rapport note qu'il n'est pas possible de discuter du développement de la psychiatrie hospitalière sans envisager en même temps le développement de la psychiatrie extra-hospitalière. L'expert précise en outre que l'idée de décentraliser la psychiatrie a pour but de garantir la continuité des soins et de maintenir le malade en liaison étroite avec son milieu. Cela rejoint la doctrine de secteur qui a été réalisée en pratique dans la partie ouest du canton.

Le secteur ouest se dote d'un hôpital psychiatrique qui reçoit ses premiers patients en 1968. Suit une période de transition, pendant laquelle le rôle de l'institution est double. En effet, il faut d'une part assumer les transferts de malades chroniques et d'autre part répondre aux demandes des malades du secteur tant sur le plan clinique qu'ambulatoire. La phase de transfert des malades chroniques entraîne une décompensation de leur équilibre, ce qui permet de rompre avec l'attitude de résignation passive et d'entrevoir pour certains une sortie. Le laps de temps nécessaire aux patients pour une nouvelle stabilisation permet d'organiser leur vie dans la communauté. Pour cela, une organisation psycho-sociale est créée, sorte d'articulation entre l'institution et la communauté. Les soins ambulatoires se développent au cours des années suivantes par la création des polycliniques. Autre point important, l'intégration du psychiatre de secteur au sein de l'hôpital général (Rerat, 1974).

### **II.3.9 Les alternatives à l'hospitalisation à Genève**

Dès 1963, la psychiatrie genevoise tente de sortir des murs de l'asile et de s'ouvrir sur la cité. On recherche des alternatives à l'hospitalisation classique. C'est ainsi qu'en 1974 a lieu l'ouverture du premier CTB. Il s'agit de l'Aubier, qui se situe sur le domaine de Bel-Air. Vers les années 80, on commence à s'inquiéter de la stigmatisation dont est porteuse la clinique psychiatrique de Bel-Air. A cette époque est créé un CTB hors de l'enceinte de la clinique. Il se trouve en ville, dans le secteur des Eaux-Vives. Par la suite, les centres thérapeutiques de jour Pâquis et Jonction sont transformés sur le même mode (Brulhart, 2003).

En 1990, le département de l'action sociale et de la santé et la faculté de médecine de Genève instituent une commission chargée d'évaluer le fonctionnement des institutions

universitaires de psychiatrie et de formuler des propositions à la veille de successions professorales. L'adoption des conclusions définitives se fait en novembre 1994. Parmi les principales modifications à appliquer, on trouve la création à l'HCUG de 2 unités de 8 lits de court séjour visant à élargir le champ de la psychiatrie à l'hôpital général (l'ouverture se réalisera en novembre 1999 sous l'acronyme UPHA comme nous y reviendrons dans quelques lignes) ainsi que la modification des secteurs géographiques : 2 secteurs (est, ouest) au lieu de 3, bénéficiant de programmes de soins et de structures identiques dans l'un et l'autre (Hôpitaux universitaires de Genève, Commission d'experts, 2000b). Il en découle le projet de service 1996-2000 de ce qui constitue alors les cliniques de psychiatrie adulte 1 et 2. De ce document, nous n'avons relevé que le chapitre sur les CTB. Le CTB est décrit comme une structure extra-hospitalière ambulatoire, avec 4 lits d'hébergement où le patient ne doit pas passer plus de 2 nuits consécutives. Une réserve est faite quand au nombre de lits. Elle stipule qu'il pourra être revu s'il s'avère insuffisant après une période d'évaluation. La mission du CTB est de proposer une alternative souple à l'hospitalisation. Les admissions se font sur indication médicale uniquement. Et plusieurs programmes sont proposés : la permanence de crise 24h/24, des traitements individuels, de groupe, de famille, un programme de thérapie de couple et de famille, et un programme de coordination des soins. Les partenaires du CTB sont les médecins traitants, les autres structures hospitalières et ambulatoires de psychiatrie, la DUMC (Division des Urgences Médico-Chirurgicales), et les autres organismes de thérapie de couple et de famille (Clinique de psychiatrie adulte II, secteur ouest, 1995). Au moment de l'application du projet de service, chacun des 2 secteurs est doté d'un CTB (Brulhart, 2003).

Un dernier point que nous tenons à mentionner dans ce sous-chapitre est celui de l'unité de psychiatrie de l'Hôpital Cantonal, l'UPHA. Cette unité s'est installée à l'hôpital en 1999. L'intérêt que nous portons à cette structure est dû au fait qu'elle aurait pu être le modèle d'une unité de psychiatrie à l'hôpital général selon les recommandations OMS, c'est-à-dire pour faire de l'hospitalisation courte à l'hôpital général. Mais son évolution n'a pas été celle-là, et elle est devenue une unité spécialisée dans la prise en charge de patients à double problématique psychiatrique et somatique.

## **II.4 2000-2004 : la psychiatrie dans le monde au début du XXI<sup>ème</sup> siècle**

### **II.4.1 Rapport de l'OMS sur la santé mentale dans le monde de 2001**

En 2001, l'OMS se penche sur le problème de la santé mentale dans le monde. Il en découle une importante publication dont le but est d'informer le public et les professionnels de la morbidité réelle due aux troubles mentaux, ainsi que son coût. Elle vise également à éviter la stigmatisation, la discrimination et l'insuffisance des services qui empêchent des millions de personnes dans le monde de recevoir le traitement dont elles ont besoin. A de nombreux égards, ce rapport propose une nouvelle conception des troubles mentaux qui est de nature à donner, dans tous les pays et dans toutes les sociétés, un regain d'espoir aux malades mentaux et à leur famille. Le thème central du rapport est la transition positive, recommandée par tous les pays et déjà en cours dans certains d'entre eux, des soins institutionnels consistant à interner les malades mentaux dans des asiles, des hôpitaux de type carcéral voire des prisons vers des soins en communauté renforcés par la mise en place de lits dans les hôpitaux généraux pour les cas aigus. Pour conclure, il donne une série de recommandations que chaque pays peut adapter à ses besoins et à ses ressources.

Parmi les 10 recommandations concernant les mesures à prendre, on trouve celle de soigner au sein de la communauté. Ce sont les progrès techniques et sociopolitiques qui ont conduit à privilégier un cadre communautaire, plus ouvert et plus souple, au détriment des grandes structures d'internement devenues, avec le temps, répressives et rétrogrades. En effet, le rapport rappelle les nombreux inconvénients du système asilaire avec les mauvais traitements fréquemment infligés aux patients, l'isolement géographique, les conditions de vie laissant à désirer, la chronicité, etc. En revanche, il souligne que les soins communautaires permettent d'avantage aux personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement de prendre leur destin en main. Cela suppose en pratique la mise en place d'une grande diversité de services au niveau local. Ce processus a pour objet d'assurer intégralement certaines des fonctions protectrices de l'asile dans la communauté sans en perpétuer les aspects négatifs.

Selon l'OMS, les lacunes de plus en plus flagrantes des hôpitaux psychiatriques ont conduit à désinstitutionnaliser la santé mentale. Pour elle, la désinstitutionnalisation est un aspect important de toute réforme des soins de santé mentale, mais qui dit désinstitutionnalisation ne dit pas déshospitalisation. Elle voit ce processus comme complexe, consistant à mettre en place un solide réseau de structures communautaires. Les 3 grands volets de la désinstitutionnalisation sont la prévention des admissions injustifiées en hôpital psychiatrique par la mise en place de services communautaires, la réinsertion dans la communauté des patients institutionnalisés de longue date en veillant à bien les préparer, et la création de systèmes de soutien communautaires pour les malades non institutionnalisés.

Le rapport souligne qu'en dépit de différences majeures, les soins de santé mentale dans les pays en développement et dans les pays développés se heurtent à un même problème: la sous-utilisation des services psychiatriques disponibles. Même dans les pays où des services existent de longue date, moins de la moitié de ceux qui en auraient besoin y font appel, notamment parce qu'ils redoutent la stigmatisation dont sont victimes les personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement et parce que ce qu'on leur propose ne correspond pas à leurs attentes.

L'idée de l'OMS de soins de santé mentale à assise communautaire est une approche globale. Par soins à assise communautaire elle entend la possibilité qui est offerte à une grande majorité de malades nécessitant des soins de santé mentale de se faire soigner au niveau communautaire. Pour elle, ces soins doivent non seulement être locaux et accessibles, mais aussi répondre aux multiples besoins des individus. Ils doivent viser à développer les moyens d'action de santé mentale et à utiliser des techniques de traitement efficace pour permettre aux patients d'améliorer leur capacité d'auto-assistance en s'appuyant sur l'environnement familial et social informel ainsi que sur les mécanismes de soutien officiels. Un avantage important des soins à assise communautaire, par rapport aux soins hospitaliers, est de permettre de mobiliser des ressources et de conclure des alliances salutaires qui, sans eux, seraient inexploitées.

Pour terminer, le rapport insiste sur le fait que quel que soit le lieu où ils sont dispensés et quelle que soit la méthode adoptée, la qualité des soins dépend de conditions préalables dont certaines concernent particulièrement la santé mentale, à savoir un bon diagnostic, une intervention précoce, l'usage rationnel des techniques de traitement, la continuité des soins, une gamme étendue de services, la participation du consommateur, le partenariat avec les familles, l'implication de la communauté locale et l'intégration aux soins de santé primaires (Organisation mondiale de la santé, 2001; Thornicroft, Tansella, 2004).

#### **II.4.2 Rapport de Piel et Roelandt sur la réforme de la psychiatrie en France**

A la même époque, un rapport est publié sur la réforme de la psychiatrie en France. Celui-ci a pour toile de fond le phénomène de société qu'est devenu le problème de la santé mentale entre la fin du XX<sup>ème</sup> siècle et le début du XXI<sup>ème</sup> siècle, avec le témoignage des usagers de la psychiatrie et de leur famille. Les associations commencent à être connues et reconnues. Les auteurs se sont basés sur l'évolution de l'image de la psychiatrie et ont énoncé la nécessité de permettre l'aboutissement de la politique de sectorisation et son ouverture à la population, à la société toute entière. Il s'agit donc de mettre la psychiatrie dans la communauté, de développer et implanter toutes les structures de psychiatrie dans la cité, à proximité des usagers, d'éviter la stigmatisation des patients et de reconnaître leur citoyenneté. L'instrumentalisation des sentiments d'insécurité de la population se retrouve en psychiatrie par la volonté de continuer à lui faire jouer un rôle sécuritaire important ; les patients sont donc abordés comme porteurs de danger social. Ainsi, la lutte contre les préjugés est l'un des vecteurs essentiels de la nouvelle organisation des soins proposée. Autre point de résistance majeur à la réalisation complète de la politique de sectorisation, le frein serré que représente la survivance des concentrations psychiatriques hospitalières, toujours installées dans les lieux des anciens asiles de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle. Pourtant il n'y a aucun argument scientifique, thérapeutique, éthique, économique ou social au maintien des hôpitaux psychiatriques dans le monde. Il faut donc aller au terme de la politique de sectorisation pensée en 1945 et fermer les lieux d'exclusion médicaux et sociaux. A côté de l'hospitalisation à plein temps et de l'hospitalisation de jour, un ensemble d'autres modes de prise en charge doit être offert, en ambulatoire (consultations, visites à domicile) ou par des soins de prise en charge spécifiques à temps partiel (centres d'accueil thérapeutique) ou à temps complet (accueil familial, appartement thérapeutique).

La proposition faite dans le rapport montre bien le vent nouveau qui souffle dans le domaine de la psychiatrie. On tend vers "une psychiatrie décentralisée qui, antérieurement asilaire, sort des murs de l'hôpital pour devenir communautaire et dans la ville" (Hôpitaux universitaires de Genève, Clinique de psychiatrie adulte-Secteurs, 2003b). En effet, les auteurs préconisent une mutation du dispositif de psychiatrie qui permette d'aller vers les personnes malades ou souffrantes, avec les professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux. La logique doit être de type réseau plus que de type institutionnelle. Cela nécessite une sorte de "révolution psychiatrique" qui redéfinisse les rôles des différents soignants. Le principe de sectorisation en est l'élément principal et il faut le mener à terme (Piel, Roelandt, 2001).

### **II.4.3 Position des représentants des institutions universitaires suisses de psychiatrie**

En Suisse, les représentants des institutions universitaires de psychiatrie se penchent, en 2000, sur la situation actuelle de la psychiatrie et de la psychothérapie de leur pays, ainsi que sur son développement à venir.

La politique de soins en psychiatrie suisse consiste à donner la préférence aux soins ambulatoires et semi-hospitaliers par rapport à l'hospitalisation. Mais dans la pratique, ce principe est encore souvent un vœu théorique plutôt que la réalité, avec d'importantes différences entre les cantons. Le système gouvernemental fédéral a favorisé une multitude de modèles et d'approches dans le système de santé, dont la structure de base ressemble à celle de la plupart des pays européens. Mais par rapport à d'autres pays, la topographie de la Suisse facilite l'accessibilité aux dispositifs de soins par sa proximité avec la communauté.

Les dernières décennies ont vu se développer des méthodes efficaces de prise en soins de longue durée, de réhabilitation, d'intervention de crise préventive et de traitement aigu en milieu communautaire, mais la psychiatrie suisse manque alors encore de possibilités de prise en soins semi-hospitalière ainsi que de services intégrés dans le tissu communautaire qui permettraient des interventions de crise et des traitements aigus.

Une volonté de développer ces structures se dessine, d'autant plus que des enquêtes approfondies ont montré qu'il serait ainsi possible de diminuer le nombre d'hospitalisations classiques (Brenner et al., 2000).

### **II.4.4 Actualité**

Début 2004, on entend en France les professionnels s'interroger sur les capacités du système de soins psychiatriques en matière d'accueil hospitalier à temps plein. En effet, à côté du développement considérable des activités ambulatoires et alternatives à l'hospitalisation, l'hospitalisation à temps plein demeure une indication majeure vis-à-vis d'un ensemble de situations cliniques précises et connaît à nouveau un développement important alors même que les moyens qui lui sont consacrés se réduisent. Le journal médical français l'"Information psychiatrique" du printemps 2004 s'intéresse à ce phénomène qui n'avait pas été envisagé lors de l'application de la sectorisation. Dans l'article de Legnay (2004), on peut lire qu'il serait malencontreux de préconiser une augmentation des moyens attribués au secteur psychiatrique hospitalier. En effet, le fait de reparler de lits inverserait le message de la sectorisation et de la psychiatrie communautaire. En France, les besoins d'accueil hospitalier sont maintenant surtout sociaux. Et lorsqu'une crise survient, il y a généralement la possibilité, et il devrait y avoir la volonté de la gérer à l'extérieur. Il subsiste certes des indications à l'hospitalisation, mais elles ne justifient pas une augmentation des besoins en place. Dans un autre article (Faraggi, 2004), on peut lire comment la désinstitutionnalisation a évolué dans d'autres pays d'Europe. En Angleterre, l'orientation communautaire et la réduction du volume de l'hospitalier n'ont résolu ni le problème de la stigmatisation ni celui de la mauvaise qualité des services hospitaliers. En Italie, les informations sont multiples et la synthèse en est difficile, mais il semble que la fermeture des hôpitaux psychiatriques est en train d'être compensée, bien qu'avec des retards et des lenteurs, par des services complets de psychiatrie à l'hôpital général gérés dans l'esprit d'une continuité thérapeutique. Néanmoins, bon nombre de praticiens dénonce la pénurie des ressources et la sous-estimation des besoins pour les patients au long cours.

Legnay (2004) conclut que la crise de l'hospitalier doit être l'occasion d'un nouveau départ. Pour Faraggi (2004), la psychiatrie peut être fière de l'orientation qu'elle s'est donnée, de son mouvement, de son organisation et de son bilan, même s'il demeure incomplet. Il estime qu'une nouvelle révolution culturelle et institutionnelle n'est pas nécessaire, mais qu'il suffit de développer, d'amplifier et de perfectionner ce qui a déjà été mis en place. Et Sealy (2004) nous rappelle que le processus de désinstitutionnalisation n'est pas terminé, mais qu'il est difficile de savoir comment il va se compléter. En effet, il n'y a pas de critère pour déterminer quand le niveau des services communautaires est suffisant et ne devrait pas s'étendre plus, rien ne portant à croire que les services hospitaliers doivent complètement disparaître.

## **II.5 2000-2002 : la réforme du département de psychiatrie de Genève**

En février 1998, une demande de lits supplémentaires est faite en raison de la suroccupation croissante des lits en psychiatrie adulte au cours des années précédentes. Cela aboutit à l'institution d'une commission d'experts chargée d'examiner la situation de la psychiatrie adulte à Genève.

Nous voilà arrivés au centre de notre sujet de travail : la réforme du département de psychiatrie de Genève. Celle-ci a eu lieu en plusieurs étapes successives que nous allons suivre en nous focalisant principalement sur les points en relation avec les CTB.

### **II.5.1 Janvier 2000 : la commission d'experts examine la surcharge de unités hospitalières de psychiatrie**

Le 12 janvier 2000, la commission d'experts publie son rapport. Elle constate que l'accroissement des hospitalisations en psychiatrie est un phénomène durable depuis 1990. Il est le reflet de la part croissante des affections psychiques dans le dispositif de soins, mais les causes sont probablement multiples. L'accroissement des hospitalisations brèves, le rôle significatif des abus de substances et des hospitalisations d'adolescents et de jeunes adultes, l'augmentation du nombre de patients soumis à l'article 43 CPS et la disparition de plusieurs structures intermédiaires peu ou pas médicalisées jouent probablement tous un rôle. Parmi les propositions de cette commission, on trouve celle de mettre en œuvre un dispositif d'accueil des urgences médico-psycho-sociales centré sur l'hôpital cantonal. Il serait créé en collaboration avec les psychiatres installés en ville, afin de gérer les nombreuses situations de crise de brève durée en hôpital général, dont la spécificité réside dans les soins aigus, sans la lourdeur et les stigmates de l'hospitalisation en milieu spécialisé. La commission propose une nouvelle définition du concept et de la mission des secteurs de psychiatrie. Elle propose la création de 4 secteurs offrant chacun des prestations de base communes, auxquelles s'ajouteraient des développements spécifiques comme certains programmes de soins ou de recherche. Les prestations de base de chaque secteur consisteraient en une consultation pour patients ambulatoires, un centre thérapeutique de jour remplaçant les actuels CTB, avec suppression de leurs lits de crise, et des lits d'hospitalisation actuellement rassemblés à BI, avec pour projet à terme de les localiser dans chacun des secteurs géographiques. Le jugement sévère de la commission sur les CTB et sa décision d'exclusion de ces structures du dispositif de soins sont en partie dus à la sous utilisation de leurs lits de crise (le taux moyen d'occupation des huit lits répartis sur les deux CTB ne dépasse pas les 50%). De plus, les CTB ne correspondent plus à leur mission initiale, à savoir la prise en charge en amont de l'hospitalisation, leur accessibilité étant très limitée en cas d'urgence, probablement en raison

de l'hétérogénéité des missions des CTB et de problèmes de communication. C'est pourquoi la commission juge que la prise en charge d'un patient dans l'urgence, afin d'éviter une hospitalisation, n'y est guère possible et elle décide de supprimer leurs lits de crise. Autre point important, celui de mettre l'accent sur le rôle clé du médecin traitant et du réseau de soins dans la prise en charge longitudinale des patients en les impliquant davantage dans les processus décisionnels (Hôpitaux universitaires de Genève, Commission d'experts, 2000b).

### **II.5.2 La position de la direction des HUG**

Le mois suivant, le comité de direction des HUG donne son avis sur la question. Il approuve la proposition de créer un nouveau service de psychiatrie d'accueil et d'urgences comprenant entre autres une unité de soins d'urgence. Le comité de direction se positionne en faveur de la création d'un seul service de psychiatrie adulte divisé en plusieurs sous-secteurs, à priori 3 au minimum. Les prestations de base communes à tous les sous-secteurs devraient consister en des consultations ambulatoires, un centre thérapeutique de jour sans lit et des lits de psychiatrie adulte dont la localisation doit être redéfinie. Le comité de direction approuve l'idée de localiser ces lits dans les sous-secteurs, mais attire l'attention sur les coûts engendrés par cette recommandation. C'est pourquoi il propose que ces lits soient intégrés dans des sites hospitaliers existants comme l'hôpital de Loëx et Jolimont. Pour ce qui est de l'importance des approches relationnelles dans le processus de soins, d'une bonne communication avec tous les partenaires du réseau de soins, du rôle clé du médecin traitant et du réseau de soins dans la prise en charge longitudinale des patients, le comité de direction partage l'avis de la commission d'experts et relève que la prise en charge actuelle dans le domaine ambulatoire pourrait être assurée plus intensément par les médecins de ville.

Une fois le processus de consultation terminé, le comité de direction souhaite que les décisions de l'autorité soient mises en œuvre grâce à l'actualisation des projets de service 2000 du département de psychiatrie. Il propose ensuite que la gestion du changement soit conduite par un comité de pilotage qui reçoit aussi le mandat de se prononcer sur les propositions faites (Hôpitaux universitaires de Genève, Comité de direction, 2000a).

### **II.5.3 La concertation**

Le département de psychiatrie a été invité fin novembre 2000 à préparer pour fin avril 2001 un projet de réforme : 7 groupes de travail ont été mandatés à cette fin par le comité de direction des HUG. Le groupe auquel nous nous intéressons, c'est-à-dire celui chargé de la sectorisation et des CTB, était le groupe de réflexion n°2. Son rapport final propose la formation d'un seul service (clinique) de psychiatrie adulte composé de 4 secteurs de psychiatrie communautaire de taille humaine. Le découpage du canton en 4 secteurs tient compte de l'organisation des Centres d'action sociale et de santé (CASS) et des données socio-démographiques. Ce découpage favorise une proximité de terrain et une cohésion d'équipe et par là même, une offre de soins la plus proche possible des besoins du patient. Le découpage du canton en 3 secteurs par le passé n'a pas donné entière satisfaction en raison, entre autres, de leur taille trop grande. Par ailleurs, les moyens disponibles en locaux basés sur 4 sites ne permettent pas d'imaginer facilement la mise en place de 5 secteurs. C'est donc naturellement que la proposition de 4 secteurs a fait l'objet d'un large consensus. Chaque secteur comprend une consultation, un centre thérapeutique de jour (CTJ) et une unité hospitalière. De plus, il intègre une ou 2 consultations spécialisées. Les centres thérapeutiques de jour (CTJ) sont ouverts sans interruption en semaine pendant la journée, et à temps partiel le week-end. Est également proposée la création d'un centre thérapeutique de crise (CTC) qui assumerait hors du dispositif hospitalier, les situations de crise aiguë. Il s'agit d'une structure

particulièrement bien adaptée pour une prise en soins lors de fragilisation psychique ou somatique qui ébranle les relations du patient avec son environnement et son entourage, dans son contexte. Pour pouvoir prendre en charge les situations d'une certaine sévérité et ainsi éviter les hospitalisations, il vaut mieux envisager un centre avec 8 lits et 2 infirmiers la nuit, (selon le modèle existant à Bâle) plutôt que 2 centres de 4 lits avec un infirmier isolé dans chacune de ces structures. Ce point est important car il soulève un enjeu non seulement quantitatif mais aussi qualitatif concernant les patients : deux infirmiers peuvent accueillir ensemble des patients avec un niveau de détresse et des symptômes psychopathologiques plus sévères qu'un infirmier seul (Hôpitaux universitaires de Genève et al., 2001a).

## **II.5.4 Le débat institutionnel**

### **II.5.4.1 Position du comité de pilotage**

Le comité de pilotage ne veut pas envisager de délocalisation en ce qui concerne les lits non-spécialisés des secteurs. Cependant, la proposition de délocaliser certaines unités est soutenue. Celle-ci peut s'effectuer progressivement vers Loëx, Joli-Mont et l'HC. La proportion de lits délocalisables et donc dits de courts séjours devrait être de 70 %, le reste pouvant être dévolu à des programmes et localisé en un seul site. Le comité de pilotage estime que le CTC de 8 lits proposé peut faire doublon avec les lits d'urgences-crises proposés à l'HC et ne devait donc pas être mis en fonction en même temps. Selon lui, la création de nouveaux dispositifs (CTJ) n'est pas forcément justifiée.

### **II.5.4.2 Contre-projet des organisations syndicales SIT/VPOD aux travaux du groupe 2**

En parallèle, les organisations syndicales SIT/VPOD, qui sont les organisations syndicales représentatives du personnel du département de psychiatrie, mènent leur propre réflexion et proposent un contre-projet aux travaux du groupe 2. Ils veulent la création de 4 secteurs géographiques, liés aux CASS, de psychiatrie généraliste comprenant chacun une consultation, un CTB doté de 3 lits, au minimum 2 unités d'hospitalisation clairement rattachées au secteur et un foyer. Les prestations proposées par chaque secteur seraient identiques. Ils voient le CTB au centre du dispositif sectoriel. En effet, afin d'éviter des hospitalisations et une désinsertion progressive des lieux de vie, la crise a avantage à être traitée en ambulatoire. Un programme de jour intensif permet de traiter tant la crise que la post-crise par le développement des approches individualisées de soutien du patient au sein de son quartier et de la communauté. Ces organisations syndicales interpellent la direction et demandent à négocier avec elle sur le projet de réformes. Quelques tensions apparaissent mais un accord finit par être signé entre direction et syndicat. Cet accord laisse ouvert la porte au maintien d'un CTB dans chaque secteur.

### II.5.4.3 Groupe paritaire

Par ailleurs, un groupe paritaire est mis en place associant pour moitié des représentants de la direction des HUG et pour moitié des représentants du personnel (les syndicats SIT/VPOD siègent au côté des représentants des organisations de médecins).

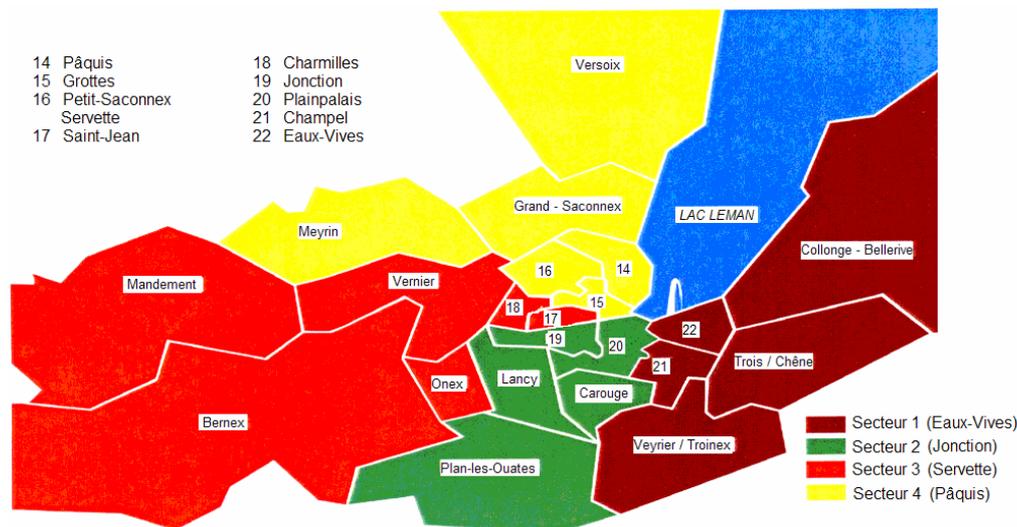
A ce stade des négociations, il est intéressant de se remémorer les éléments phares du rapport de Piel et Roelandt sur la réforme de la psychiatrie en France. En effet, ce dernier date de la même époque et a eu une influence certaine sur les propositions faites par le comité paritaire dans le cadre de la réforme genevoise.

Le 18 mai 2001, le groupe paritaire prend position sur les préavis du comité de pilotage. Le groupe paritaire est pour la répartition en 4 secteurs géographiques. Point très important, il recommande qu'un CTB d'au moins 8 lits soit créé et intégré dans chacun des 4 secteurs de la cité. Ce dispositif pourrait efficacement éviter des hospitalisations plus longues et paraît plus judicieux que la délocalisation de lits psychiatriques depuis BI vers Loëx ou Joli-Mont. Cette délocalisation est perçue comme un déplacement du problème qui n'apporte pas réellement une nouvelle dynamique à la psychiatrie genevoise. Il s'agirait de recréer des petits "Belle-Idée" à la campagne et non plus en ville, comme c'était envisagé au départ. Les partisans du projet du groupe 2, qui siégeaient comme représentants de la direction, et les organisations syndicales se retrouvent tous ensemble dans cette analyse. Les alternatives à l'hospitalisation psychiatrique classique du futur doivent s'enraciner dans la cité (Hôpitaux universitaires de Genève, Groupe paritaire, 2001d).

## **II.5.5 L'application de la réforme du département de psychiatrie à Genève**

### II.5.5.1 Protocole de décision du conseil d'administration des HUG

L'administration des HUG a rendu son protocole de décision le 29 juin 2001, sur la base des propositions des 7 groupes de travail mandatés par le comité de direction des HUG, des préavis du comité de pilotage, du groupe paritaire et du comité de gestion du département de psychiatrie. Celui-ci stipule les nouvelles missions et structures adoptées par le conseil d'administration des HUG à mettre en place dès le 1<sup>er</sup> octobre 2001. Au niveau de la clinique d'accueil et d'urgences psychiatriques, une unité d'observation et d'évaluation de 8 lits est créée. Le séjour y sera limité à 5 jours, et elle doit pouvoir répondre à des demandes d'hospitalisation non volontaire. Pour ce qui est de la clinique de psychiatrie adulte, la sectorisation est confirmée. La clinique comportera quatre secteurs de psychiatrie communautaire, dont la définition géographique est calquée sur l'organisation des secteurs socio-sanitaires. Le domicile du patient est déterminant pour l'attribution de la prise en charge du secteur, exceptions possibles en cas d'impératif de continuité des soins. Il ne doit pas y avoir de répartition par pathologies. Les secteurs devaient au départ être nommés : Pâquis, Jonction, Carouge et Eaux-Vives. Après un certain nombre de modifications tant au niveau des découpages géographiques qu'au niveau de la dénomination, la carte définitive de la sectorisation est celle illustrée ci-dessous.



Le protocole prévoit que chaque secteur comprend une consultation ambulatoire, un CTB avec une unité de 8 lits pour courts séjours implanté dans le secteur et des activités thérapeutiques de jour individuelles et/ou de groupe et 2 unités hospitalières de 16 lits chacune. Le protocole de décision prévoit que ces unités hospitalières seront localisées à terme sur les sites hospitaliers (Cluse-Roseraie, Loëx et BI). Leur implantation est à réaliser d'ici fin 2005. En attendant, les lits seront localisés à BI et à l'hôpital cantonal. Chaque secteur doit en principe être doté d'un foyer. Actuellement il n'y a que 2 foyers. Un 3<sup>ème</sup> devrait voir le jour en 2002 et le 4<sup>ème</sup> devrait être mis en service dans les 3 ans. Des programmes de soins spécialisés communs aux patients de la Clinique de psychiatrie adulte sont évoqués.

Dans cet ensemble de décisions, la plus importante pour le sujet qui nous intéresse est certainement celle qui prévoit un CTB par secteur avec 8 lits pour chacun d'eux. L'essentiel du mouvement qui s'est dessiné au sein du groupe paritaire trouve là sa concrétisation. La question de la délocalisation des unités hospitalières devenant secondaire aux yeux de beaucoup d'acteurs qui croient peu à sa faisabilité (Hôpitaux universitaires de Genève, Conseil d'administration, 2001c).

#### II.5.5.2 Fin 2001 : la concrétisation

La concrétisation de la réforme se trouve dans le "projet de service 2 : 2002-2006 de la clinique de psychiatrie adulte-secteurs du 17 décembre 2001" (Hôpitaux universitaires de Genève, Clinique de psychiatrie adulte-Secteurs, 2001b). Celui-ci reprend les éléments du protocole de décision du conseil d'administration des HUG et y ajoute les priorités de la clinique de psychiatrie adulte-secteurs (CPA-S) qui sont proximité, excellence et nouveaux défis. L'organisation en 4 secteurs de taille moyenne doit permettre d'offrir aux patients et aux partenaires une plus grande proximité avec l'institution. Cela facilitera la mise à disposition des patients de soins correspondant mieux à leurs besoins et la volonté de rapprochement de la CPA-S avec ses partenaires du réseau sanitaire et social permettra de mieux répondre aux demandes, en particulier en termes de coordination, notamment lors des hospitalisations. L'excellence dans le domaine des soins doit être la priorité des structures hospitalières et ambulatoires. Dans le but d'offrir une qualité de soins à la hauteur des exigences élevées de Genève dans le domaine de la psychiatrie, cet objectif d'excellence doit pouvoir s'appuyer sur un taux d'occupation de lits hospitaliers raisonnable, soit en dessous de la barre des 100%. Vu les changements continuels du monde dans lequel nous vivons et

travaillons ainsi que la forte croissance, vérifiée depuis plusieurs années, de la demande de soins, la recherche de réponses alternatives à l'hospitalisation traditionnelle représente une priorité et pourra s'appuyer et être évaluée au travers de l'expérience de nouvelles formes d'hospitalisation acquise dans les centres de thérapies brèves.

La question de la mise en place d'unités de soins spécialisées par pathologies, largement et âprement débattue tout au long du processus de réforme, trouve finalement une réponse de compromis : des unités spécialisées pourront bel et bien exister dans la nouvelle structure, mais seulement en ambulatoire. Ce seront les programmes dépression, bipolaire, couple et familles, CARE (Comportements Auto-dommageables et Régulation Emotionnelle), et JADE (pour Jeunes Adultes avec troubles psychiques DEbutants). Ces deux derniers programmes sont destinés à répondre aux besoins respectivement des patients avec des troubles de la personnalité borderline sévères et des jeunes patients à hauts risques de développer des troubles schizophréniques. Le programme Jade pourra s'appuyer sur une unité hospitalière réservée aux jeunes adultes : l'unité Alizé.

## **II.5.6 L'application en pratique**

Et en pratique ? La réforme du département de psychiatrie est appliquée dès le début de l'année académique suivante, c'est-à-dire le 1<sup>er</sup> octobre 2002. La sectorisation est faite et les 4 secteurs des Pâquis, Jonction, Servette, et Eaux-Vives voient le jour. Chacun comporte 2 unités d'hospitalisation sur BI, une consultation ambulatoire ; à ce moment il n'y a encore que 2 CTB pour les 4 secteurs. Il faudra en effet un certain délai avant que la clinique atteigne le nombre de lits prévu. Au moment de la réforme, il y avait 2 CTB de 4 lits chacun. En octobre 2002, au moment de son application, un des CTB existants a pu ouvrir 2 lits supplémentaires. Quelques mois plus tard, en janvier 2003, le 2<sup>ème</sup> CTB est également passé à 6 lits. Au mois de juin de la même année s'est ouvert le 3<sup>ème</sup> CTB, celui du secteur Servette, disposant dès son ouverture de 8 lits. Il s'agit de l'installation de novo de toute l'infrastructure ambulatoire de ce secteur, dans une partie de la ville où la psychiatrie publique était peu présente. Tous réunis, les CTB offraient donc à ce moment là un effectif de 20 lits. Ce n'est qu'en octobre 2004 que les 3 CTB en fonction ont pu atteindre leur quota de 8 lits chacun. Reste encore le 4<sup>ème</sup> CTB à ouvrir... .

## **II.6 2002-2004 : Suivi**

### **II.6.1 Nécessité d'aller plus loin**

Même une fois la réforme appliquée, le travail n'est pas fini ! La pratique montre en effet les failles de la théorie, et il reste à adapter le fonctionnement des CTB à la manière qui est dessinée par le projet de réforme et le projet de service. Ainsi, les 11 et 12 avril 2003 ont lieu des journées de réflexion de la psychiatrie adulte sur les CTB. Leur objectif est d'atteindre un consensus sur ce que l'on veut faire de cet outil CTB. Dans le compte rendu de ces journées de réflexion, on peut lire que les CTB doivent regrouper deux activités, une pour la prise en charge d'épisodes de crise, et l'autre pour des activités de type hôpital de jour. Ces deux dimensions doivent avoir pour point commun de ne pas impliquer la mise à l'écart même momentanée du patient par rapport à son milieu, mais d'être une interface où le communautaire est toujours proche, d'où les mots d'intégration, dialogue, entourage et famille. Les CTB doivent prendre en charge des pathologies non spécifiques. Leur mode de travail doit d'abord être l'accueil, puis éventuellement la réorientation. Les caractéristiques

sur lesquelles on compte comme points forts du travail en CTB sont intensivité, efficience, performance, limite dans le temps afin d'assurer le taux de renouvellement, équipe pluriprofessionnelle, et souplesse. Pour ce qui est de la limite dans le temps, elle avait été fixée à 2 nuits consécutives, c'est en effet ce qui est inscrit dans les règlements HUG sur les CTB, mais elle a été assouplie en pratique : la direction tolère jusqu'à 7 nuits consécutives. Les CTB sont voulus comme accessibles, le délai pour un premier rendez-vous doit en effet être court, et ils doivent être opérant 24h/24. Les CTB doivent également être encadrants, rassurants, et partenaires. La mise en application de la réforme avec l'accent mis sur les CTB est un point important de la réaffirmation de la volonté de décentralisation de la psychiatrie vers la communauté. Mais il ne faut pas oublier qu'il doit y avoir complémentarité entre hôpital et CTB et non pas clivage (Hôpitaux universitaires de Genève, Clinique de psychiatrie adulte-Secteurs, 2003b).

Issue des journées de réflexion de la CPA-S des 11 et 12 avril 2003, la note de service du 30 mai 2003 : "Fonctionnement des Centres de Thérapies Brèves à partir du 10.06.03" (Hôpitaux universitaires de Genève, Clinique de psychiatrie adulte-Secteurs, 2003a) précise un certain nombre de points de repère nouveaux pour le fonctionnement des CTB dans le cadre de la réforme de la psychiatrie. Pour commencer, l'élargissement des indications. Deux veilleurs seront désormais présents pour pouvoir assurer une prise en soins de patients nécessitant plus de soutien et de continuité que le fonctionnement antérieur ne l'autorisait. Cette extension permettra entre autres de collaborer à des sevrages alcooliques simples. Toutefois, le CTB ne doit pas devenir un lieu de dépannage pour problèmes sociaux. C'est pourquoi, les patients devront répondre à certains critères : symptômes psychiatriques altérant leur fonctionnement émotionnel, relationnel et social; absence de danger à court terme pour soi-même ou pour autrui; incapacité de se contenter d'une consultation ambulatoire, mais capacité de se passer d'une hospitalisation; capacité de participer activement aux programmes de soins. Dans le cadre de cet élargissement, la collaboration avec d'autres divisions sera développée, ce qui devrait permettre l'accueil la nuit et les week-end de patients suivis par d'autres divisions. Les outils de travail que les CTB ont à disposition sont au nombre de 4. Le premier, l'accueil infirmier direct, a pour objectif de faciliter l'accès aux CTB, en augmentant la souplesse et la rapidité de réponse. Ce nouveau concept n'est possible que pour les patients qui ont été évalués par un médecin extérieur et dont la situation a été présentée téléphoniquement à un médecin du CTB, qui a donné son accord. Le traitement médicamenteux sera celui prescrit par le médecin adresseur, à condition qu'il soit noté par écrit. Le lendemain, 2 scénarios sont possibles : soit le patient retourne chez son médecin après un bref contact avec le médecin du CTB afin de vérifier que le patient est psychiquement à même de se rendre chez son médecin, soit le patient reste plus de 24 heures, auquel cas il sera vu par un médecin du CTB pour une évaluation médicale. Le deuxième outil de travail est le soutien continu aux patients. Le CTB n'offre pas un encadrement continu de type hospitalier. Il offre cependant aux patients qui ont transitoirement besoin d'être très entourés, la possibilité de ne pas rester seuls et de s'appuyer sur un soutien soignant continu. Cette disponibilité soignante continue se réalise à travers l'offre d'activités de groupe plusieurs fois par journée et l'offre d'une disponibilité informelle d'un soignant pour le reste du temps. Cette notion n'existait pas dans les CTB auparavant. Troisièmement, l'extension des activités médicales veut qu'un médecin soit toujours présent sur place pendant les jours ouvrables, en semaine, de 9h à 19h. La nuit et les week-ends, une garde est assurée par un "piquet chef de clinique CTB". L'organisation des programmes de soins constitue le quatrième outil de travail des CTB. Il y a 5 programmes de soins proposés. Lorsque le choix du programme adéquat n'est pas évident, le patient est orienté vers le programme évaluation. Le programme soutien nuit et week-end est prévu pour compléter l'intervention d'une autre équipe du Département de psychiatrie ou de celle des médecins de ville. Le programme

soutien continu offre un soutien durant la journée et la nuit. L'enjeu du programme crise est d'impliquer le patient et le cas échéant l'entourage dans ce travail dont l'objectif est la résolution de la crise. Il s'agit d'un programme principalement de jour, avec une possibilité de passer la nuit selon les besoins. Le programme post-intensif est un programme de transition orienté vers la mobilisation des ressources propres du patient et de l'entourage pour des patients sortant de l'hôpital ou du programme de soins continus.

Progressivement, les lieux de soins que sont les CTB doivent devenir des lieux de transition tournés vers le monde extérieur, évitant que les patients ne soient pris dans une dynamique de repli et d'enfermement. Pour cela ils doivent être ouverts vers la communauté, en particulier vers le monde des associations de patients ou de proches et par l'intervention de professionnels et non-professionnels extérieurs à l'institution.

### **II.6.2 Travail d'affinage**

Pour permettre de continuer à s'occuper des clarifications et des mises au point que nécessite le processus de changement dans les Centres de Thérapies Brèves, un groupe de suivi multidisciplinaire a été mis en place au sein du Service de psychiatrie adulte-secteurs. Celui-ci se réunit régulièrement et édite des documents successifs appelés "points de repère" suite à chacune de ses séances.

Il ressort du premier "Points de repère" que lorsqu'un CTB a atteint sa capacité d'accueil, il ne doit pas se tourner vers les unités hospitalières de son secteur mais vers les autres CTB de façon à éviter toute hospitalisation supplémentaire. Le numéro 2 apporte des précisions sur l'accueil des patients avec un problème d'alcool et sur l'accueil des patients se présentant d'eux-mêmes à un CTB en dehors de la tranche horaire 9h-19h sans être référé par un médecin. Lors de la troisième séance la discussion porte sur l'admission dans les CTB de patients "lourds", qui nécessitent beaucoup de soutien en raison d'une pathologie psychiatrique avérée aiguë. Le groupe de suivi propose de réouvrir le débat au sein des équipes de chaque CTB et des cadres médicaux et infirmiers, une certaine ambivalence par rapport à la question de savoir si ces patients sont à leur place dans les CTB étant perceptible. Le point est repris lors de la réunion suivante. Une réponse, unanime, est apportée tant du côté des cadres médicaux et infirmiers que du côté des équipes multidisciplinaires des CTB: les patients lourds doivent être acceptés dans les CTB pour autant qu'ils correspondent aux critères établis. Les contre-indications sont d'ailleurs reformulées. Une heure limite d'admission des patients le soir est fixée. Il est également question des alcools et toxiques, dont toute consommation ou détention sont interdites. Suite à un événement regrettable dans un CTB, le débat est ouvert sur la sécurité dans les CTB. La conclusion est que les CTB sont des lieux complètement ouverts sur l'extérieur pour des patients partenaires dans les soins, toute intervention sécuritaire, de type fouille d'entrée serait donc contraire à cet esprit d'ouverture (Hôpitaux universitaires de Genève et al., 2003-2005).

### **II.6.3 Belle-Ideé toujours surchargée**

En raison d'une surcharge aiguë des unités hospitalières de la Clinique de psychiatrie adulte, devenue entre-temps le Service de psychiatrie adulte, changement de la nomenclature des Hôpitaux universitaires de Genève oblige, une réunion d'urgence est organisée pour parer à cette situation. Vu l'investissement qui a été fait sur le projet des CTB, il est nécessaire d'augmenter son fonctionnement au maximum. Il faut donc rapidement prendre des dispositions dans le but de permettre d'arriver à un taux d'occupation le plus proche possible de 100% des lits CTB la nuit, étant entendu qu'une structure devant répondre à tous moments à

de nouvelles demandes de soins non planifiables peut difficilement avoir un taux d'occupation supérieur à 80 ou 90%). Cependant, les centres de thérapie sont aussi assez chargés par la prise en soins de patients qui n'ont pas besoins d'y occuper un lit la nuit. Il faut donc redéfinir des priorités pour faire fonctionner à plein le régime des semi-hospitalisations de nuit, de façon à prendre en soins des patients avec des troubles psychiatriques sévères et qu'ainsi soient orientés vers les CTB des patients qui sinon seraient admis en entrée volontaire à Belle-Idée. L'ensemble de ces changements implique une limitation relative des autres activités de soins CTB et une organisation analogue à celle d'une unité hospitalière. Les programmes "évaluation", "crise" et "post-intensif" sont maintenus comme tels alors que les programmes "soutien nuit et week-end" et "soutien continu" deviennent un programme de semi-hospitalisation nuit plus jour. De plus, une organisation plus stricte du système des réservations est mise en place. Il est important d'essayer d'utiliser au maximum les nuitées, tout en gardant à disposition pendant la journée un lit réservé pour les patients déjà suivis par le secteur concerné. Il découle de cette réunion une nouvelle note de service sur "le fonctionnement des CTB à partir du 5 avril 2004" (Hôpitaux universitaires de Genève, Clinique de psychiatrie adulte-Secteurs, 2004).

Cette note remplace la précédente, qui était appliquée depuis le 10 juin 2003. Elle commence par énumérer les points qui ne changent pas par rapport à la précédente, c'est à dire l'élargissement des indications, l'accueil infirmier direct ainsi que l'organisation de certains programmes de soins.

Parmi les nouveaux points à appliquer, on trouve la priorité à donner aux activités de semi-hospitalisation nuits plus jours. Elle vise à éviter le plus possible les hospitalisations dans les unités de Belle-Idée, en raison de leur surcharge fréquente. Pour atteindre l'objectif d'une pleine occupation des nuitées CTB, un programme de semi-hospitalisation nuits plus jours est organisé avec des activités thérapeutiques spécifiques. Il remplace les programmes soins continus et soutien de nuit. Pour prévenir une saturation du système et des hospitalisations inappropriées de patients suivis dans un CTB, un lit doit être maintenu disponible en journée dans chaque CTB pour les besoins des patients suivis par le CTB, la consultation ou le(s) programme(s) spécialisé(s) du secteur. S'il n'est pas retenu en fin d'après-midi il est mis à disposition pour les autres partenaires (urgences, médecins de ville...).

Le second point découle du premier. En effet, la priorité à donner à l'admission en semi-hospitalisation ne peut se faire qu'en limitant les activités et les programmes crise et post-intensif. Comme il est important que les patients en difficulté puissent trouver un appui auprès des CTB, la limitation des prises en charge doit se faire sur leur durée, et non pas sur le nombre de places. Cet effort porte principalement sur la fin des prises en charge. En effet les patients ne doivent pas continuer d'être suivis par les CTB sur un mode intermittent proche de celui des consultations.

### **III. Objectifs**

#### **III.1 Cadre général**

Nous venons de faire un tour de l'histoire de la psychiatrie, qui a posé le cadre dans lequel s'inscrit notre étude. Après avoir rappelé le contexte dans lequel a eu lieu la réforme de la psychiatrie à Genève et après en avoir suivi la chronologie, nous nous retrouvons à l'heure actuelle, en 2004. Nous pouvons aisément voir qu'il y a eu une grande évolution dans le domaine de la psychiatrie depuis la fin du siècle dernier, et nous aimerions pouvoir la cerner de manière plus concrète. De plus, il nous semble indispensable de connaître l'avis des patients sur les changements qui ont eu lieu, les patients représentant en effet le groupe des consommateurs de soins. Ce point nous semble essentiel car on trouve toujours un certain nombre de patients qui refusent les CTB et demandent encore des hospitalisations en entrée volontaire à Belle-Idée.

Le premier objectif de notre étude est de décrire et d'analyser l'évolution de l'activité des CTB. Pour cela, nous avons relevé les taux d'occupation des différents CTB sur les 5 dernières années. Nous avons également relevé les données correspondantes pour les unités hospitalières du Service de psychiatrie adulte-secteurs, afin de pouvoir effectuer une comparaison (le Service de psychiatrie adulte-secteurs correspond en fait à toutes les structures de psychiatrie générale de secteur et n'exclue que l'Unité de psychiatrie du développement mental, le Laboratoire du sommeil et une unité de recherche. Pour ce faire, les hospitalisations sous régime d'entrée volontaires ont été distinguées de celles sous régime d'entrées non-volontaires.

Dans un deuxième temps, nous avons cherché à connaître l'avis des patients sur ces changements. Malgré la difficulté de quantifier ces données, nous persistons dans l'envie de documenter ce sujet, et nous pensons qu'une "photographie" du point de vue des patients peut déjà nous donner beaucoup d'information. Nous avons recherché l'existence d'études portant sur la satisfaction des patients par rapport à différentes prises en charge dans le domaine psychiatrique. Et bien que le concept d'unités de crise date déjà d'il y a environ un quart de siècle et que ce type d'unité soit largement répandu aussi bien en Europe qu'aux Etats-Unis, très peu d'efforts ont été fait pour les évaluer. La réputation d'efficacité des unités mobiles de crise, qui a conduit à leur dissémination étendue, est basée sur peu d'évidences (Geller et al., 1995). Une étude basée sur des données de 1997 aux Etats-Unis conclut qu'un patient pris en charge dans une unité d'intervention basée dans un hôpital a 51 % de chance en plus d'être hospitalisé qu'un patient suivi dans une unité de crise basée dans la communauté. Cette étude part du principe qu'une mesure standard de qualité d'une unité de crise est une analyse du nombre de cas où un patient finit par être hospitalisé après une décision initiale de non-hospitalisation. Dans le groupe des patients suivis par l'unité de crise communautaire, la diminution de la fréquence d'hospitalisation des patients lors des premiers jours de crise n'a pas augmenté le risque d'une hospitalisation ultérieure (Guo et al., 2001). Nous trouvons dans la littérature une autre étude, qui s'intéresse à l'efficacité et à la satisfaction du consommateur d'un programme de crise mobile. Cette étude, rétrospective, examine la prise en charge de situations d'urgences psychiatriques par l'intervention policière normale, comparée à celle effectuée par une unité de crise mobile à qui la police a délégué un certain nombre de situations. Les résultats obtenus sont similaires et montrent que parmi les patients pris en charge par l'unité mobile de crise, seuls 45% ont nécessité une hospitalisation contre 72% dans le groupe des patients pris en charge par la filière normale. De plus, les patients et les

officiers de police ont eu une évaluation positive du programme mobile de crise (Scott, 2000). On trouve même une étude qui suggère que les résultats expérimentaux montrant une préférence des patients pour les services de psychiatrie basés dans la communauté peuvent être généralisés (Henderson et al., 1999).

Concernant notre recherche, nous avons opté pour une étude visant à évaluer l'image qu'ont les patients des CTB, la modification de celle-ci au cours de la réforme du département de psychiatrie, et la comparaison à celle qu'ils ont des unités d'hospitalisation classiques. Nous avons fait attention à relever différentes caractéristiques des patients comme l'âge, le genre, l'état de santé. Il est ainsi possible d'ajuster les résultats de l'étude comparative aux caractéristiques des patients afin d'éviter les facteurs de confusion. Cela nous permet d'accorder plus de confiance à la réalité, à la représentativité, et à l'exactitude de nos résultats (Perneger, 2004).

De nos différentes lectures, nous avons relevé un certain nombre d'hypothèses concernant les unités de crise basées dans la communauté.

Pour commencer, mentionnons l'amélioration de la prise en charge des patients souffrant de maladies psychiatrique avec l'apparition des services de psychiatrie communautaire. Même si en 1983, aux débuts de la sectorisation, Lindholm (1983) conclut qu'il n'y a pas d'argument prouvant la supériorité de la nouvelle organisation de la psychiatrie sur la traditionnelle, dans un article publié dix ans plus tard, on lit que les services basés dans la communauté sont aussi efficaces que l'hôpital et même plus efficaces pour le maintien d'un contact de longue durée entre patient et psychiatre (Dean et al., 1993). Linden (2000) estime que les services de psychiatrie hospitaliers et communautaires ont les mêmes caractéristiques, mais qu'il y a aussi des différences qui montrent que les nouveaux services offrent de nouvelles possibilités de soins.

Il découlerait de ces prises en charge ambulatoires une meilleure satisfaction des patients (Henderson et al., 1999; Scott, 2000), et de leurs proches (Dean et al., 1993).

Les unités de crises basées dans la communauté permettraient de diminuer le nombre d'hospitalisations en hôpital psychiatrique, aussi bien pour les patients adultes (Guo et al., 2001; Scott, 2000), que pour les jeunes enfants (Blumberg, 2002), et cette diminution serait d'autant plus importante qu'une prise en charge combinée, avec un traitement médicamenteux et une approche psychothérapeutique ait lieu (Burnand et al., 2002). Cependant, il ne faut pas imaginer que le but des programmes d'intervention de crise est de réduire à tout prix le nombre d'hospitalisation, celles-ci restant dans bien des cas la meilleure alternative, mais de réduire le nombre des hospitalisations inutiles (Guo et al., 2001).

Enfin, mentionnons encore un point important: la diminution des coûts engendrée par le mouvement de la psychiatrie vers la communauté (Blumberg, 2002; Merson et al., 1996; Scott, 2000).

### **III.2 Hypothèses de notre étude**

Nous nous sommes penchés sur toutes ces données avant de commencer notre travail, et en avons tiré des hypothèses que nous espérons voir confirmées par notre recherche. Nos hypothèses concernent les différents lieux de prise en charge psychiatrique des patients adultes ainsi que de leur évolution au cours de la réforme du département de psychiatrie de Genève.

Pour commencer, nous pensons que l'ouverture de la psychiatrie vers la communauté, lors de la réforme, a permis un désengorgement des unités hospitalières psychiatriques classiques de Belle-Idée. Ce dernier a été progressif, rythmé par l'évolution croissante de la capacité d'accueil des CTB. Il nous semble que de plus en plus de patients ont été orientés vers les structures communautaires, à commencer par ceux dont la sévérité ou la gravité de la pathologie étaient moins élevée. Nous avançons également que les patients ayant un premier contact avec la psychiatrie ont été plus facilement orientés vers les CTB que dans les unités hospitalières classiques.

Selon nous, l'hôpital psychiatrique classique donne une image plus sécurisante aux patients, mais un passage dans ses unités est plus stigmatisant qu'une prise en soins CTB. De plus, nous avançons qu'après la réforme, les CTB ont rejoint les unités hospitalières classiques sur les points où ils étaient en retard, mais qu'ils ont gardé leur avance dans les domaines où ils étaient plus avantageux.

Nous nous sommes alors demandé pourquoi certains patients continuent à demander des hospitalisations en entrée volontaire à Belle-Idée. Selon nous, cela viendrait d'un côté d'une certaine habitude qu'ont prise les patients. En effet, les patients ayant régulièrement bénéficié de soins sur le domaine de Belle-Idée lors d'épisodes de crise, ont le réflexe de se retourner vers cette structure dès qu'ils nécessitent de l'aide dans une situation similaire. De plus, comme nous l'avons déjà mentionné, la clinique est porteuse d'une image plus sécurisante, probablement en raison de son cadre plus fermé et de la distance qu'elle garde par rapport à la vie en communauté. On conçoit aisément le besoin que peut ressentir un patient lors d'une crise sévère de se mettre à l'écart du bruit et du mouvement constant de la ville pour réussir à retrouver un certain équilibre intérieur.

## **IV. Méthodologie**

### **IV.1 Cadre de l'étude**

L'étude a été conduite dans le cadre des trois CTB rattachés aux secteurs de Servette, Pâquis et Jonction et dans les unités hospitalières d'admission Sillons I, Sillons II, Glycines I et Glycines II, du service de Psychiatrie Adulte-Secteurs de Genève, unités hospitalières correspondant respectivement aux 3 secteurs sus-mentionnés et au secteur Eaux-Vives. Ce dernier n'est pas encore pourvu d'un CTB, les patients de ce secteur sont donc accueillis dans les CTB des trois autres secteurs.

### **IV.2 Première partie : statistiques d'activité**

L'étude a été divisée en deux parties. La première est principalement basée sur des données statistiques. Nous nous sommes intéressés aux cinq dernières années, c'est-à-dire de 1999 à 2004, et avons obtenu les données administratives de l'Unité d'Informations Médicales et Economiques (UIME). Les banques de données utilisées pour récolter les données sont Philos, pour le secteur hospitalier de 1999 à 2003 ainsi que pour les CTB de 1999 à septembre 2004, et il s'agit d'Opale/DPA pour les CTB de septembre à décembre 2004.

Les données que nous avons relevées sont le nombre de patients suivis par les unités hospitalières de psychiatrie classiques et dans les CTB ainsi que la somme des jours facturés dans chaque structure.

### **IV.3 Seconde partie : l'enquête auprès des patients**

La seconde partie s'intéresse aux patients, et en particulier à leur point de vue sur les structures de soins. Nous avons évalué l'image qu'ils ont des CTB, la modification de celle-ci au cours de la réforme du département de psychiatrie, et nous l'avons comparée à celle qu'ils ont des unités d'hospitalisation classiques.

#### **IV.3.1 Recrutement des patients**

Nous avons recruté les sujets parmi les patients en entrée volontaire dans les unités d'admission de Belle-Idée et les patients pris en soins dans un CTB dans un contexte de crise. Un des critères d'inclusion pour les patients CTB était qu'ils aient passé au minimum une nuit sur place. La sélection s'est faite selon la date de sortie des patients ou la date de fin de prise en soins. En effet, celle-ci devait se situer entre mi avril et fin mai 2004. Les patients hospitalisés étaient des patients en entrée volontaire de façon à avoir des patients très proches de ceux admis dans les CTB: ces patients ont en commun d'être capables d'adhérer à leur projet de soin, et l'enjeu de la réforme des CTB était de déplacer une partie des patients auparavant hospitalisés en entrée volontaire à Belle-Idée vers les CTB.

Les sujets potentiels des unités hospitalières ont été repérés lors des réunions quotidiennes de coordination de l'intra-hospitalier et leur recrutement était assuré par l'auteur de ce travail. Pour cela, ils ont été vus une première fois vers la fin de leur prise en charge

pour leur présenter l'étude et leur demander s'ils acceptaient d'y participer. Nous avons ainsi recolté les formulaires de consentement des patients ainsi que leur numéro de téléphone pour pouvoir les recontacter par la suite. Parmi les 46 patients hospitalisés dans les unités d'admission de Belle-Idée pendant la période d'étude, 12 n'ont pas été sélectionnés pour participer à l'étude. Un patient venait de l'unité du développement mental, 2 ont bénéficié de longs séjours, raisons pour lesquelles ils n'ont pas été inclus dans l'étude. Un patient n'a pas été retenu du fait d'un problème de communication lié à la langue. Un patient a été exclu car il n'avait pas de téléphone. Restent encore 2 patients qui n'ont pas participé à l'étude suite à leur refus.

Dans les CTB, ces deux étapes (détection et recrutement) étaient assurées par les chefs de clinique des CTB. Sur tous les patients suivis dans les CTB pendant la période de recrutement, nous avons recruté ceux ayant passé au moins une nuit sur place et dont la prise en soin touchait à sa fin.

A ce stade, nous avons un échantillon initial constitué de 63 patients, dont 34 hospitalisés à Belle-Idée, et 29 patients pris en soins dans les CTB.

#### **IV.3.2 Questionnaire rempli par le médecin**

Les médecins en charge des sujets ont rempli une fiche sur chaque patient donnant quelques informations de base sur le séjour, telles les dates de début et de fin de prise en soins, le nombre de nuits passées dans les CTB pour les patients pris en soins dans cette structure, le diagnostic principal retenu pour le séjour actuel, une échelle de gravité (dérivé de la Clinical Global Impression Scale) et pour finir la structure vers laquelle le patient a été orienté (annexe 1).

#### **IV.3.3 Questionnaire aux patients**

La suite de l'étude a consisté en un entretien avec le patient, 10 à 15 jours après la fin de sa prise en soins. En effet, l'entretien doit se faire après le passage en psychiatrie pour éviter l'influence des émotions souvent douloureuses selon le contexte du moment. Nous avons opté pour un entretien téléphonique, car il garantit dans la plupart des cas de meilleures réponses dues à l'absence physique de la personne qui interroge. L'entretien a été basé sur un questionnaire standardisé (annexe 2) portant sur des données démographiques (genre, âge, habitation et emploi), le choix entre prise en soins CTB et entrée volontaire à Belle-Idée, les caractéristiques du séjour (date d'entrée, de sortie et durée de la prise en soins), la satisfaction du patient (évaluation globale du séjour, évaluation spécifique pour chaque type de soins dont a bénéficié de patient ainsi que du service hôtelier et du contact avec les autres patients), un profil de polarités d'attributs cherchant à caractériser le point de vue du patient sur son lieu de soin, son état psychologique au moment de l'entretien téléphonique, et une échelle de stigmatisation. La partie du questionnaire formée par le profil de polarités a été construite selon le principe d'Osgood. Les qualificatifs que nous avons choisis ressortent d'une liste de polarités classiques auxquelles nous avons ajouté des polarités proposées par les soignants, de façon à ce qu'elles donnent un sens par rapport aux lieux étudiés.

Des questions analogues ont été posées sur un éventuel séjour antérieur en psychiatrie. Pour les patients recrutés dans un CTB, nous nous sommes intéressés à un éventuel séjour antérieur dans un CTB en 2001-2002 ou à Belle-Idée dès 2002. En ce qui concerne les patients recrutés à Belle-Idée, nous les avons interrogés sur un éventuel séjour dans un CTB en 2002-2003 ou à partir d'avril 2004.

Le but des questionnaires est dans un premier temps de comparer les représentations qu'ont les patients des CTB et des unités hospitalières de psychiatrie classiques, en l'état actuel des choses, c'est-à-dire au printemps 2004. Et dans un deuxième temps, il s'agit d'analyser l'évolution de ces représentations au cours de la réforme récente des CTB.

Sur notre échantillon initial de 63 patients, nous avons finalement 42 patients inclus dans notre étude, nous permettant de remplir :

29 questionnaires sur un séjour en unités hospitalières à Belle-Idée début 2004

30 sur un épisode de prise en soins en CTB début 2004

10 sur un épisode de prise en soins en CTB en 2002-2003.

Parmi les 21 autres patients, nous notons un refus, un numéro de téléphone non-valable, un patient est passé du status d'entrée volontaire à celui d'entrée non-volontaire, 3 patients étaient encore hospitalisés à la fin de la période d'étude et nous n'avons pas réussi à joindre 17 patients. Ces patients n'ont pu être joints malgré nos efforts répétés. Nous avons fait 3 à 7 essais pour chacun d'entre eux en visant différents horaires, y compris la soirée.

#### **IV.3.4 Analyse des données**

Tout d'abord, nous avons effectué un tri à plat de certaines données de base sur nos sujets, à savoir le genre, l'âge et le diagnostic principal pour connaître les caractéristiques de notre population d'étude. Nous avons ensuite comparé nos 2 échantillons selon un modèle de Kruskal Wallis, pour savoir si la population étudiée était répartie entre les 2 groupes (BI et CTB) de façon identique.

A partir des questions posées sur le bien-être psychique actuel du patient et sur la stigmatisation ressentie par rapport à la prise en soin psychiatrique, nous avons créé deux indices. Ceux-ci ont été formés sur la base d'une échelle de type Likkert simplifiée, à savoir une addition simple des points donnés à chaque réponse suivie d'une division par le nombre de questions. Le premier indice, indice du bien-être actuel, a été créé à partir de 4 questions, chacune évaluée sur 4 points. Nous obtenons un score allant de 1 à 4, dans le sens du bien-être. Ainsi, un score élevé signifie un bien-être élevé, alors qu'un score faible parle pour un certain mal-être. Le second, l'indice de stigmatisation, est dérivé de 2 questions notées sur 3 points. Le score va de 1 à 3 et un score élevé correspond à une stigmatisation plus forte.

Nous avons procédé de la même manière avec tous les éléments du questionnaire. Nous avons commencé avec un tri à plat des données puis avons utilisé le modèle de Kruskal Wallis pour comparer les réponses entre les différents lieux de soins étudiés. Nous avons ainsi relevé les éléments qui ont été perçus différemment entre les divers lieux et avons pu mettre en avant ceux pour lesquels la différence est statistiquement significative. Nous avons partagé nos résultats en fonction de leur degré de significativité. Ceux marqués d'un astérisque (\*) correspondent à un p inférieur à 0,1, deux astérisques (\*\*) correspondent à un p inférieur à 0,05 et 3 astérisques (\*\*\*) à un p inférieur à 0,01. Cette analyse ne nous permettant cependant pas de savoir de quel côté penche le résultat, un signe a été ajouté grâce à une analyse de corrélation de Spearman pour savoir dans quel lieu l'élément a été évalué de façon plus positive.

## V. Résultats

Maintenant que nous avons introduit notre étude, que nous en avons exposé les différentes étapes ainsi que les outils d'analyse des données, nous allons présenter les résultats que nous avons obtenus. Cette partie est divisée en deux. En effet, nous allons tout d'abord exposer des données statistiques sur l'activité des unités hospitalières de Belle-Idée et sur les CTB, puis viendra l'enquête que nous avons menée auprès des patients pour connaître leur point de vue. La discussion des résultats se fera dans la partie suivante.

### V.1 Résultats de l'étude statistique d'activité

Nous allons commencer par reporter ici les résultats des données statistiques que nous avons obtenues auprès du Service d'information médico-économique. Dans un premier temps, les chiffres que nous avons obtenu étaient relevés sur une base annuelle et s'arrêtaient à la fin de l'année 2003. Nous commençons par l'analyse de ces chiffres qui montrent la tendance de l'évolution de l'activité des unités hospitalières psychiatriques classiques et des CTB au moment du déploiement de ces derniers.

Commençons par un tableau relativement simple, comparant le nombre de patients suivis par les unités hospitalières de psychiatrie et dans les CTB et la somme des jours facturés dans chaque structure de 1999 à 2003. Nous relevons également le nombre d'entrées dans les unités psychiatriques hospitalières, dont nous pouvons suivre l'évolution au cours de ces années. Les unités hospitalières considérées dans ce tableau incluent l'ensemble des unités hospitalières du Service de psychiatrie adulte, soit les unités d'admission, ou de courts séjours, déjà mentionnées, ainsi que les 4 unités de moyens séjours, réparties en une unité par secteur, et les 2 unités spécialisées. L'une est spécialisée dans la prise en charge des jeunes adultes souffrant d'un trouble psychotique débutant (Alizé), l'autre s'occupe des patients à comorbidité somatique (Upha). Cette dernière unité a d'ailleurs la particularité d'être située au sein de l'Hôpital Cantonal.

**Tableau 1: comparaison de l'activité des unités psychiatriques hospitalières et des CTB de 1999 à 2003**

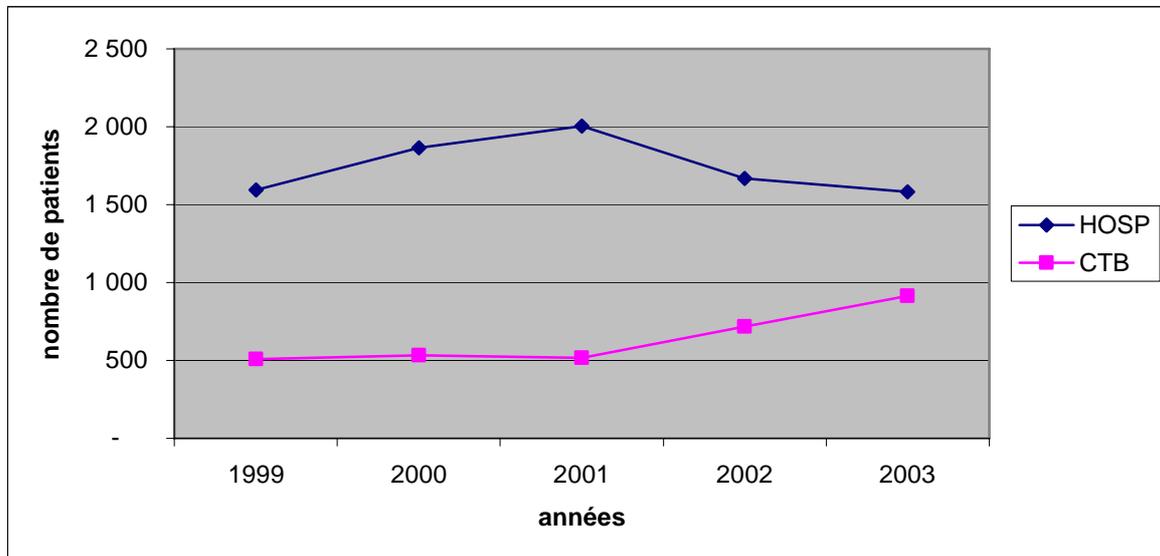
Données		années					diff. 1999-2003	diff. %
		1999	2000	2001	2002	2003		
HOSP	Somme nb patients	1 596	1 864	2 005	1 669	1 584	-12	-0,8%
	Somme jours	55 012	62 385	66 129	66 764	62 360	7 348	13,4%
	Somme entrées	2 402	2 880	3 067	2 426	2 301	-101	-4,2%
CTB	Somme nb patients	508	534	517	716	915	407	80,1%
	Somme jours	5 418	4 728	4 310	5 177	6 140	722	13,3%

Remarque: pour la somme des jours, une demi-journée est comptée comme une unité, au même titre qu'une journée complète ou qu'une nuit.

De ces chiffres, nous relevons en particulier la forte augmentation de la population de patients suivis par les CTB durant la période de 1999 à 2003. En parallèle, nous voyons le nombre de patients hospitalisés en psychiatrie diminuer à partir de 2002 (alors qu'il continuait à augmenter à grande vitesse entre 1999 et 2001), lors de l'ouverture de l'unité Observation et évaluation du service d'Accueil, urgence et liaison psychiatrique, dont les statistiques ne sont

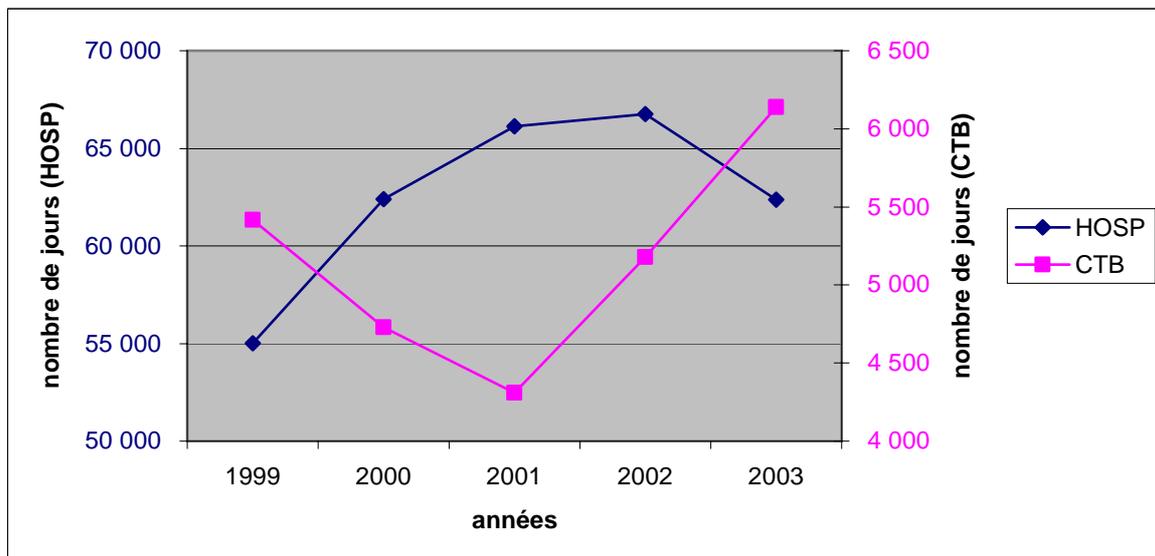
pas incluses dans celles du Service de psychiatrie adulte, ainsi que du déploiement des CTB. Nous avons reporté ces données sur le graphique suivant.

**Graphique 1 : Evolution du nombre de patients suivis dans les unités psychiatriques hospitalières et aux CTB de 1999 à 2003**



Les chiffres concernant le nombre de jours effectués dans les unités psychiatriques hospitalières et dans les CTB amènent les mêmes conclusions. Cela est illustré par le graphique suivant.

**Graphique 2 : Evolution du nombre de jours effectués dans les unités psychiatriques hospitalières et aux CTB de 1999 à 2003 (cave: échelle différente pour l'hospitalier et les CTB)**



L'augmentation très importante du nombre de "jours" dans les CTB s'explique en partie par l'augmentation du taux d'occupation des CTB la nuit. En effet, dans la somme des jours au CTB, une unité correspond aussi bien à une journée, une demi-journée ou une nuité. Avant la réforme, le taux d'occupation des lits CTB était de 50% environ, et les CTB étaient dotés au total de 8 lits (Hôpitaux universitaires de Genève, Commission d'experts, 2000b). A

partir de 2001, le nombre de lits a augmenté, en parallèle à l'augmentation du nombre d'infirmiers présents sur place la nuit. De un, on est passé à deux infirmiers de nuit. Cette augmentation a permis d'héberger un nombre croissant de patients et de prendre en charge des patients avec une pathologie plus lourde. Le taux d'occupation des nuités CTB a donc augmenté progressivement jusqu'en 2004 où l'on a atteint un taux de 75 à 80% sur les 24 lits disponibles. Ce taux correspond au taux d'occupation maximum des structures de crise. Idéalement, il devrait en être de même à l'hôpital où un taux de 80%, voire 90% serait optimal. En effet, si le taux se rapproche des 100%, la structure ne peut plus remplir sa fonction d'accueil des urgences dans de brefs délais.

Nous avons encore un autre tableau, plus détaillé, comparant les unités hospitalières classiques avec les CTB, et prenant en compte la répartition par genre des patients.

**Tableau 2 : comparaison de l'activité des unités psychiatriques hospitalières et des CTB de 1999 à 2003, incluant le genre des patients**

	Sexe	Données	Années					diff. 1999- 2003	diff. %
			1999	2000	2001	2002	2003		
HOSP	F	Somme nb patients	835	976	1 015	831	763	72	-8,6%
		Somme entrées	1 290	1 548	1 596	1 224	1 142	148	-11,5%
		Somme jours	28 346	31 087	33 755	32 903	27 290	-1 056	-3,7%
	M	Somme nb patients	761	888	990	838	821	60	7,9%
		Somme entrées	1 112	1 332	1 471	1 202	1 159	47	4,2%
		Somme jours	26 666	31 298	32 374	33 861	35 070	8 404	31,5%
Somme nb patients		1 596	1 864	2 005	1 669	1 584	-12	-0,8%	
Somme entrées		2 402	2 880	3 067	2 426	2 301	-101	-4,2%	
Somme jours		55 012	62 385	66 129	66 764	62 360	7 348	13,4%	
CTB	F	Somme nb patients	349	371	364	467	547	198	56,7%
		Somme jours	4 319	3 749	3 641	3 711	3 677	-642	-14,9%
	M	Somme nb patients	159	163	153	249	368	209	131,4%
		Somme jours	1 099	979	669	1 466	2 463	1 364	124,1%
	Somme nb patients		508	534	517	716	915	407	80,1%
Somme jours		5 418	4 728	4 310	5 177	6 140	722	13,3%	

Proportion hommes / femmes en psychiatrie adulte (unités hospitalières et CTB confondus):

Proportion patients hommes	0,31	0,31	0,30	0,35	0,40
Proportion patientes femmes	0,69	0,69	0,70	0,65	0,60

Ces chiffres illustrent la présence d'une proportion plus grande de femmes aux CTB, différence qui tend à diminuer au cours des années.

Ces premières données ont confirmé notre hypothèse concernant la décharge du secteur hospitalier grâce au déploiement des CTB, et nous ont encouragé à détailler ces chiffres par trimestre et à les relever jusqu'au moment de la rédaction de ce travail, c'est-à-dire fin 2004. De plus, un travail d'affinage a été réalisé afin de n'étudier que les patients hospitalisés en hôpital psychiatrique. Nous avons donc éliminé les patients hospitalisés dans l'unité psychiatrique de l'hôpital général.

Malheureusement, nous n'avons pas pu obtenir les chiffres portant sur le secteur hospitalier pour 2004 en raison de changements dans l'enregistrement informatique des données. En effet, les données ont été récoltées par un nouveau programme et elles ont été enregistrées par service médical et unité de soins, et non plus uniquement par unité de soin, comme par le passé. De plus, sur ce nouveau programme informatique, certaines unités en

dehors du Département de psychiatrie adulte ont été paramétrés comme en faisant partie. Nous n'avons donc pas pu obtenir de données sur les statistiques d'activité hospitalière pour 2004 pouvant être comparées aux données des CTB et à celles des années précédentes. Toutefois, les données que nous avons nous permettent de comparer les unités hospitalières et les CTB de 1999 à 2003, et de suivre l'évolution des CTB de 1999 à 2004.

**Tableau 3: comparaison de l'activité de la clinique de BI et des CTB par trimestre, de 1999 à 2004**  
a) selon le nombre de patients

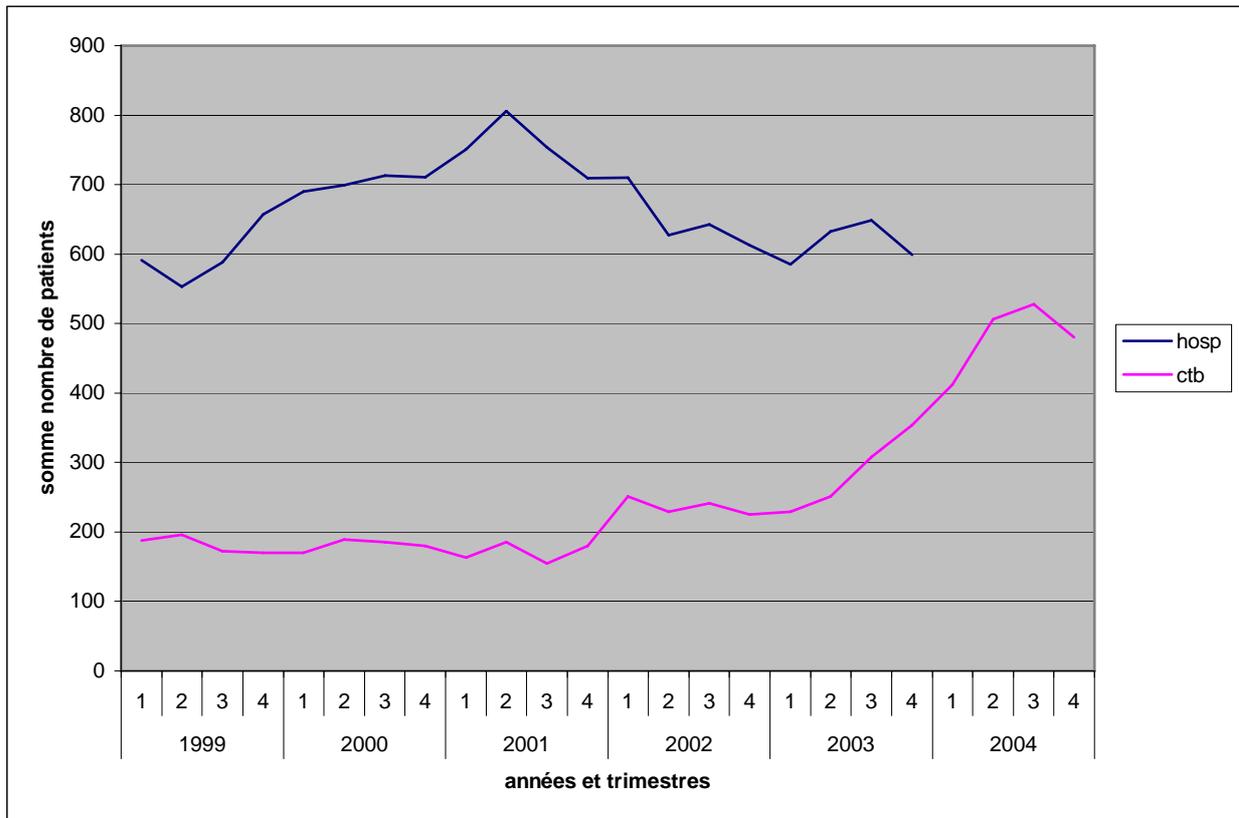
année	trimestre	lieu	
		hosp	ctb
1999	1	591	188
	2	553	196
	3	588	172
	4	657	170
2000	1	690	170
	2	699	189
	3	713	185
	4	711	180
2001	1	751	163
	2	806	185
	3	754	155
	4	709	180
2002	1	710	251
	2	627	229
	3	643	241
	4	613	225
2003	1	585	229
	2	633	251
	3	649	308
	4	599	354
2004	1		412
	2		506
	3		528
	4		480

b) selon la somme des jours

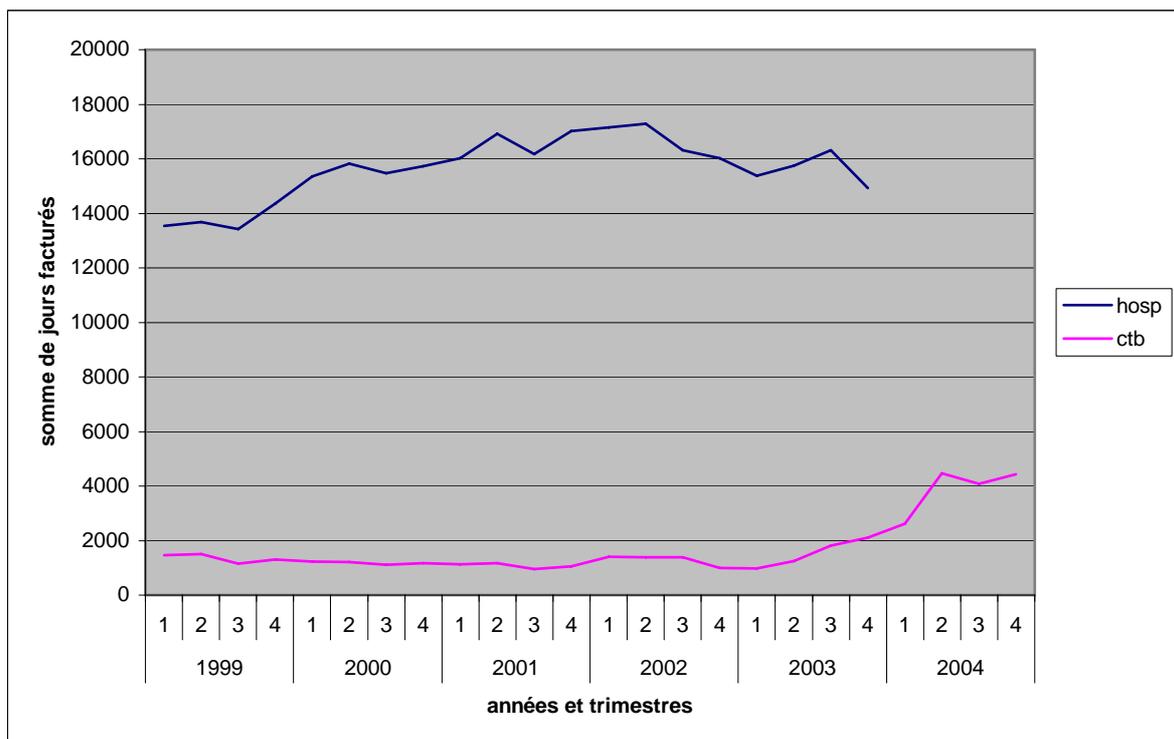
année	trimestre	lieu	
		hosp	ctb
1999	1	13536	1465
	2	13687	1500
	3	13422	1142
	4	14367	1311
2000	1	15350	1237
	2	15826	1209
	3	15479	1118
	4	15730	1164
2001	1	16022	1132
	2	16918	1163
	3	16166	958
	4	17023	1057
2002	1	17156	1400
	2	17283	1383
	3	16306	1392
	4	16019	1002
2003	1	15368	980
	2	15756	1240
	3	16306	1822
	4	14930	2098
2004	1		2620
	2		4478
	3		4083
	4		4420

Ces chiffres nous apportent les mêmes conclusions que les précédents sur l'évolution de l'activité des unités hospitalières classiques et des CTB, comme illustré sur les graphiques suivants.

**Graphique 3: Evolution du nombre de patients hospitalisés à BI et pris en soins dans les CTB de 1999 à 2004, par trimestre**



**Graphique 4: Evolution du nombre de jours effectués à BI et aux CTB de 1999 à 2004, par trimestre**



## V.2 Résultats de l'enquête auprès des patients

Après avoir suivi l'évolution du nombre de patients pris en charge dans chaque structure de soins, nous nous intéressons au point de vue des patients sur ces différentes structures, à savoir les unités d'hospitalisation classique de BI et les CTB, ainsi que sur l'évolution des CTB au cours de la réforme du département de psychiatrie. Ces éléments nous sont donnés par l'enquête que nous avons réalisée auprès des patients.

Nous allons commencer par présenter notre échantillon final et comparer les 2 différents groupes, à savoir les sujets recrutés à BI et ceux recrutés dans les CTB afin de savoir s'ils sont semblables. Nous soulèverons ensuite la question du choix entre BI et CTB, avant de comparer la satisfaction des patients selon les différents lieux de soin. Nous comparerons également les profils de polarités. Viendront ensuite les résultats des échelles de bien-être psychique et de stigmatisation, ainsi que la corrélation entre les 2. Nous rechercherons par la suite l'existence de facteurs de confusion. Et nous terminerons par la présentation de commentaires libres des patients.

### V.2.1 Echantillon

#### V.2.1.1 Echantillon final

Une fois l'enquête menée à terme, nous nous trouvons avec 42 personnes interrogées. Parmi elles, 23 ont répondu à notre questionnaire uniquement sur un séjour en psychiatrie adulte, séjour lors duquel elles ont été recrutées. Nous en avons 11 qui ont également répondu à notre questionnaire sur un séjour antérieur en psychiatrie adulte à Genève à partir de 2002, et 8 patients se sont prononcés sur 2 séjours antérieurs.

**Tableau 4 : Fréquence des différentes combinaisons de parcours**

2 <sup>ème</sup> lieu précédent	1 <sup>er</sup> lieu précédent	lieu de séjour actuel	Nombre de pers.
		CTB 2004	13
		BI 2004	10
	BI dès 2002 →	CTB 2004	6
	CTB 2001-2002 →	BI 2004	3
	CTB dès avril 2004 →	BI 2004	2
CTB dès avril 2004 →	BI dès 2002 →	CTB 2004	1
CTB 2001-2002 →	BI dès 2002 →	CTB 2004	4
CTB 2001-2002 →	CTB dès avril 2004 →	BI 2004	3
TOTAL			42

La possibilité pour certains patients de répondre au questionnaire sur plusieurs lieux de soins, nous permet de porter le nombre de questionnaires remplis à 69. Parmi ces

questionnaires, nous en avons 29 pour Belle-Ideé, 30 pour les CTB en 2004 et 10 pour les CTB de 2002.

**Tableau 5 : Nombre de questionnaires pour les différents lieux de soins**

Nombre de questionnaires	
BI	29
CTB avril 2004	30
CTB 2001-2002	10
TOTAL	69

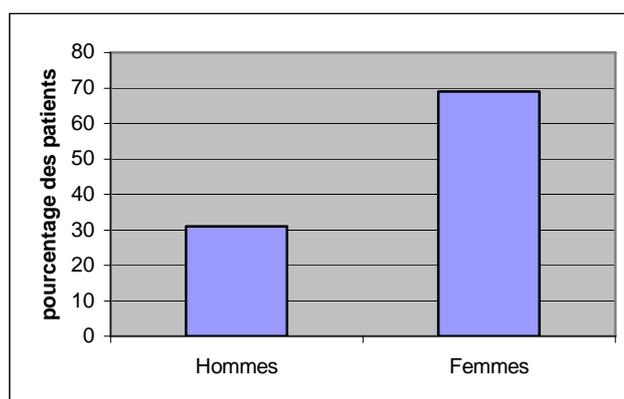
Un point intéressant est la comparaison des différents lieux de soins par un même patient. Par rapport à nos 69 questionnaires, nous avons relevé qu'à 24 reprises, le questionnaire a été rempli par un même patient pour 2 lieux de soins différents.

**Tableau 6 : Comparaisons des différents lieux de soins par la même personne**

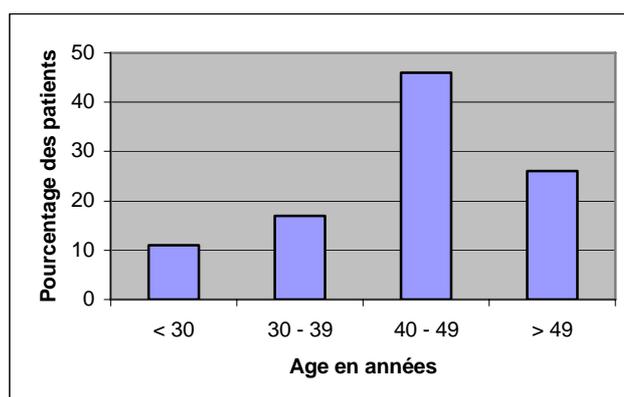
Comparaisons par la même personne	
CTB avril 2004 ↔ BI	8
CTB avril 2004 ↔ CTB 2001-2002	16
TOTAL	24

Nous avons fait un tri à plat de notre échantillon selon un certain nombre de variables de base, comme le genre, l'âge et le diagnostic principal (classification de l'Organisation mondiale de la santé : ICD10). Nous avons ainsi mis en évidence que notre population était plus représentée par des femmes, d'une quarantaine d'années, souffrant de troubles de l'humeur.

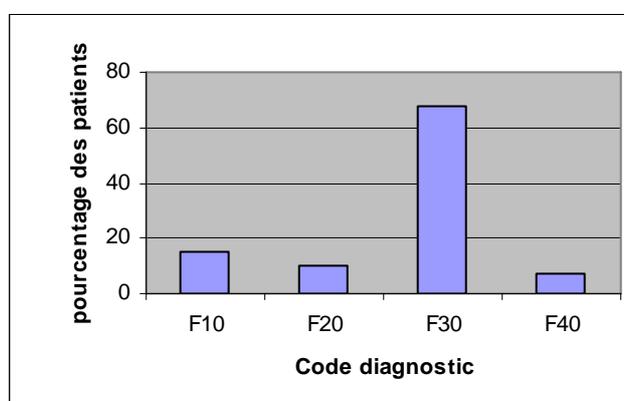
**Graphique 5: Répartition de la population étudiée par genre**



**Graphique 6 : Répartition de la population étudiée par âge**



**Graphique 7 : Répartition de la population étudiée par diagnostic (ICD10)**



F10 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives

F20 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants

F30 Troubles de l'humeur (affectifs)

F40 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress, et troubles somatoformes

Nous relevons également que les patients inclus dans notre étude ont pour la grande majorité déjà eu des contacts avec la psychiatrie dans le passé. En effet, 95.24% des sujets ont des antécédents psychiatriques. Ces patients sont répartis en 2 groupes quasiment identiques, à savoir les patients connus de la psychiatrie publique, les autres suivis dans le privé. Nous ne notons aucune différence dans le lieu de prise en soin actuel des patients selon qu'ils avaient des antécédents dans la psychiatrie publique ou privée.

**Tableau 7: antécédents psychiatriques des patients inclus dans l'enquête**

Séjour antérieur en psychiatrie	lieu du questionnaire actuel		Total
	BI	Ctb04	
HUG	8 44.44%	11 45.83%	19 45.24%
ailleurs	9 50%	12 50%	21 50%
non	1 5.56%	1 4.17%	2 4.76%
Total	18 100%	24 100%	42 100%

### V.2.1.2 Comparaison échantillon CTB 04 versus BI

Nous avons comparé nos populations de sujets de BI et des CTB en 2004. Nous ne pouvons pas ajouter de comparaison avec la population de 2002 car il nous manque un certain nombre de données sur nos patients à cette période, comme leur situation de vie, leur emploi, leurs antécédents psychiatriques, la gravité de leur pathologie, leur bien-être psychique.

Par la comparaison des sujets de BI et des CTB actuels, nous pouvons affirmer que ces deux populations sont comparables. Les différences les plus importantes se trouvent dans l'activité professionnelle des patients. Il existe une différence significative ( $p < 0.05$ ) entre les sujets de BI et des CTB concernant la présence d'un emploi fixe ou la dépendance à l'assurance invalidité (AI), les patients des CTB ayant plus souvent un emploi, ceux de BI étant plus souvent au bénéfice de l'AI. Il existe également une différence, mais moins importante ( $p < 0.1$ ) entre la gravité, le fait d'habiter avec sa mère et les troubles de l'humeur. Aux CTB, les patients souffrent plus de troubles de l'humeur, et de façon plus grave. Les sujets de BI vivent plus souvent avec leur mère. Pour les autres items, nous ne trouvons pas de différence significative.

**Tableau 8 : Comparaison des sujets entre BI et les CTB actuels**

Variables	N	Sig kw	Groupes
sexe	42	0.08	Ctb04 > BI
âge	35	0.13	BI > Ctb04
seul	42	0.65	Ctb04 > BI
conjoint	42	0.34	BI > Ctb04
enfants	42	0.86	Ctb04 > BI
père	42	0.75	Ctb04 > BI
mère	42	3.12 *	BI > Ctb04
emploi	42	6.07 **	Ctb04 > BI
à l'AI	42	3.85 **	BI > Ctb04
ATCD psy	40	0	
gravité	41	3.17 *	Ctb04 > BI
trouble de l'humeur	56	3.09 *	Ctb04 > BI
bien être psychique	42	0.04	BI > Ctb04
stigma	42	0.47	Ctb04 > BI

Sig kw: valeur du chi2 du test de Kruskal Wallis

Significativité statistique: \* =  $p < 0.1$  / \*\* =  $p < 0.05$  / \*\*\* =  $p < 0.01$

### **V.2.2 Choix entre BI et CTB**

Dans le groupe de patients que nous avons étudié, le choix entre une prise en soins CTB et une hospitalisation à BI s'est fait de diverses manières. Cette étape de choix entre une hospitalisation en milieu psychiatrique classique et une prise en soin dans un CTB a eu lieu dans 34 cas sur les 42 que nous avons étudiés. Par ces 34 patients qui ont répondu à la question concernant le choix entre BI et CTB, nous avons des indications sur 37 débuts de prise en charge. Cela s'explique par la présence dans notre échantillon de patients qui sont passés par divers lieux de prise en soin successifs lors de leur dernier passage en psychiatrie.

La première étape dans l'analyse du choix entre unité hospitalière classique et CTB consiste à relever qui, du patient ou du soignant, a fait ce choix.

**Tableau 9 : Répartition de la prise de décision entre patients et soignants**

	Vers BI	Vers CTB	De BI au CTB	Du CTB à BI	TOTAL
demande du patient	2	2	2	3	9
envoyé par médecin	6	12	8	2	28
<b>TOTAL</b>	8	14	10	5	37

L'analyse de nos données nous montre que dans 24,3% des cas, le patient a fait ce choix, contre 75,7% des cas où il s'agissait du médecin. Dans les cas où le patient a choisi son lieu de prise en soin, on trouve une fréquence quasiment identique de demandes pour des prises en charge au CTB que pour des hospitalisations à BI (respectivement 44.4% et 55.5%). Les médecins quant à eux ont plus souvent adressé leur patient dans un CTB qu'à BI (71,4% des cas contre 28,6%).

**Tableau 10 : répartition de la prise de décision entre différents types de médecins**

envoyé par médecin	Vers BI	Vers CTB	De BI au CTB	Du CTB à BI	TOTAL
- généraliste	4	2			6
- psy ambulatoire	1	1			2
- psy urgences	1	6			7
- psy "hospitalier"		3	8	2	13
<b>TOTAL</b>	6	12	8	2	28

"Hospitalier" est à prendre ici dans le sens opposé à ambulatoire, il s'agit donc aussi bien de psychiatres travaillant dans les unités hospitalières classiques de BI, dans l'unité hospitalière de psychiatrie à l'hôpital général (2JC) et dans les CTB.

Dans les cas où un médecin a fait le choix, il s'agit dans 7,1% des cas d'un psychiatre suivant le patient de façon ambulatoire, dans 21,4% des cas d'un médecin généraliste, dans 25% des cas d'un psychiatre aux urgences et dans 46,4% des cas d'un psychiatre d'une structure de prise en soin hospitalière ou de type CTB.

Passons maintenant à la partie la plus intéressante, c'est-à-dire aux raisons qui ont guidé le choix, aussi bien des patients que des professionnels, entre une prise en soin à BI versus dans un CTB. Malheureusement, nous ne connaissons pas toujours ces raisons. Elles nous sont connues dans 77,8% des cas lorsque le choix a été fait par le patient et seulement dans 46,4% des cas pour les médecins.

**Tableau 11 : raisons du choix entre prise en soin à BI et dans un CTB**

choix	raison	Vers BI		Vers CTB		Total
		direct	d'un CTB	direct	de BI	
du patient	besoin d'un cadre plus fermé	1	3			7
	suivi depuis des années			1		
	pas à sa place				2	
du médecin	risque auto-agressif	1	2			13
	sevrage	2				
	suite de prise en charge				6	
	réorienté				2	
<b>Sous-total</b>		4	5	1	10	20
<b>TOTAL</b>		9		11		

Mettons nous pour commencer du côté du patient. Parmi les patients qui ont choisi leur lieu de prise en charge, ceux qui ont demandé à aller à BI l'ont fait en raison d'un besoin de se retrouver dans une structure au cadre plus fermé, avec un encadrement plus intense, une prise en charge plus globale. Il ressort également la notion d'être trop mal pour aller au CTB, le sujet se sentant plus rassuré à BI. Cette notion peut-être rapprochée de celle d'un risque auto-agressif dont le patient est conscient et à l'abri duquel il souhaite se mettre. Les raisons ayant poussé les patients vers un CTB plutôt qu'à BI, sont d'une part une connaissance de longue date des CTB ainsi que leur appréciation de cette structure, et d'autre part un sentiment de ne pas être à leur place à BI, entraînant un besoin d'un lieu de soin différent.

Les médecins ont décidé d'une hospitalisation à BI de leurs patients selon des critères de gravité, à savoir un risque auto-agressif. Ils ont également référé des patients à BI afin de profiter de son cadre plus fermé pour qu'ils effectuent un sevrage. Ils ont réorienté vers un CTB un certain nombre de patients hospitalisés à BI, qu'ils jugeaient ne pas être à leur place. Dans une grande partie des cas, les médecins ont transféré les patients hospitalisés à BI vers un CTB une fois la période à risque passée, pour suite de prise en charge de l'épisode de crise.

### **V.2.3 Satisfaction**

Notre enquête auprès des patients nous a permis d'évaluer leur satisfaction par rapport à BI, aux CTB actuels (Ctb04) et aux CTB avant la réforme (Ctb02). Nous avons comparé leurs réponses pour former les tableaux suivants. Le premier compare la satisfaction des patients des CTB actuels avec celle des patients à BI. Le second celle des patients des CTB actuels avec celle des patients des CTB avant la réforme. Il est très intéressant de noter que dans la grande majorité des cas, les réponses vont dans le sens attendu, à savoir une meilleure évaluation des CTB actuels aussi bien par rapport à BI que par rapport aux CTB avant la réforme. Les rares réponses allant dans l'autre sens ne sont d'ailleurs jamais statistiquement significatives.

**Tableau 12 : Comparaison de la satisfaction des patients entre BI et les CTB actuels**

Variables	N	sig kw	Groupes
satisfaction globale	59	3.68 *	Ctb04 > BI
entretiens médecin	58	6.27 **	Ctb04 > BI
entretiens infirmier	56	6.16 **	Ctb04 > BI
entretiens A.S.	17	0.21	Ctb04 > BI
médicaments	51	0.86	BI > Ctb04
travail de groupe	29	9.45 ***	Ctb04 > BI
suivi psychologue	6	1.87	Ctb04 > BI
ergothérapie	11	0.02	Ctb04 > BI
psychomotricité	12	0.26	BI > Ctb04
repas	53	0.33	Ctb04 > BI
accueil de jour	51	1.91	Ctb04 > BI
hébergement de nuit	55	5.32 **	Ctb04 > BI
contacts avec d'autres patients	52	3.8 *	Ctb04 > BI

Sig kw: valeur du chi2 du test de Kruskal Wallis

Significativité statistique: \* = p < 0.1 / \*\* = p < 0.05 / \*\*\* = p < 0.01

Dans la comparaison entre les séjours dans les CTB actuels et à BI, on relève une meilleure satisfaction vis-à-vis des CTB ( $p < 0.01$ ). Y sont plus appréciés, le travail des médecins, des infirmiers, le travail de groupe et l'hébergement de nuit ( $p < 0.05$ ). Le contact avec les autres patients semble également être meilleur dans les CTB ( $p < 0.1$ ).

**Tableau 13 : Comparaison de la satisfaction des patients entre les CTB en 2004 et en 2002**

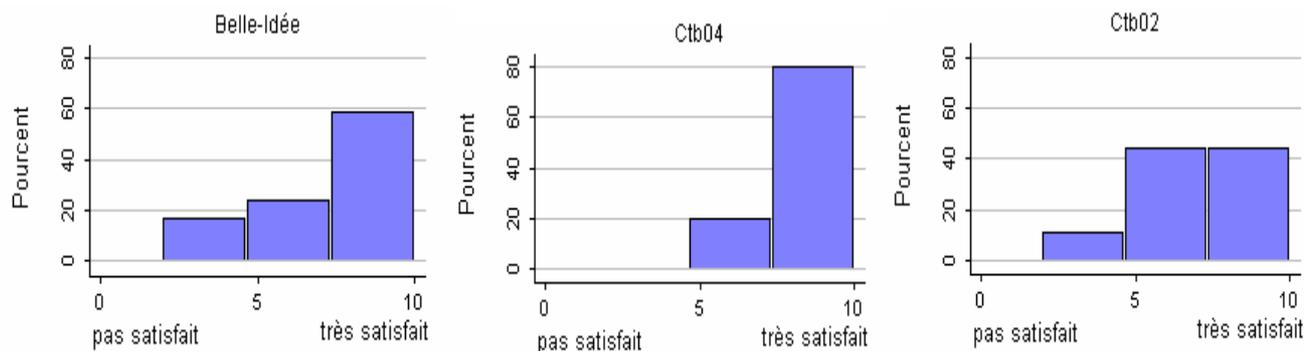
Variables	N	sig kw	Groupes
satisfaction globale	39	2.75 *	Ctb04 > Ctb02
entretiens médecin	35	2.62	Ctb04 > Ctb02
entretiens infirmier	33	1.92	Ctb04 > Ctb02
entretiens A.S.	pas assez de modalités		
médicaments	25	2.02	Ctb04 > Ctb02
travail de groupe	19	0.52	Ctb04 > Ctb02
suivi psychologue	pas assez de modalités		
ergothérapie	4	0.17	Ctb04 > Ctb02
psychomotricité	7	0.59	Ctb04 > Ctb02
repas	29	0.64	Ctb04 > Ctb02
accueil de jour	27	1.49	Ctb04 > Ctb02
hébergement de nuit	30	0.14	Ctb02 > Ctb04
contacts avec d'autres patients	29	0.27	Ctb02 > Ctb04

Sig kw: valeur du chi2 du test de Kruskal Wallis

Significativité statistique: \* = p < 0.1 / \*\* = p < 0.05 / \*\*\* = p < 0.01

La comparaison entre les CTB actuels et avant la réforme est bien moins concluante. On ne trouve de différence statistiquement significative qu'au niveau de la satisfaction globale, qui est meilleure pour les CTB actuels ( $p < 0.1$ ).

**Graphique 8 : Répartition de la satisfaction globale selon les trois lieux de soins**



#### V.2.4 Polarités

La deuxième grande partie de notre questionnaire était constituée par le profil de polarités. Nous avons à nouveau comparé les résultats que nous avons obtenus entre les CTB actuels et BI, et entre les CTB actuels et avant la réforme.

**Tableau 14 : Comparaison des profils de polarité entre BI et les CTB actuels**

Variable	N	sig kw	Groupes
Froid-Chaleureux	58	2.3	Ctb04 > BI
Prévisible-Imprévisible	57	0.62	BI > Ctb04
Bon-Mauvais	58	4.38 **	BI > Ctb04
Fort-Faible	58	0.69	BI > Ctb04
Déplaisant-Plaisant	58	9.33 ***	Ctb04 > BI
Sain-Malsain	58	5.6 **	BI > Ctb04
Actif-Passif	58	2.81 *	BI > Ctb04
Hostile-Amicale	58	1.22	Ctb04 > BI
Stable-Instable	58	5.37 **	BI > Ctb04
Calme-Agité	59	7.2 ***	BI > Ctb04
Etroit-Large	58	1.22	Ctb04 > BI
Chaotique-Harmonieux	58	8.79 ***	Ctb04 > BI
Sécurisant-Inquiétant	58	3.17 *	BI > Ctb04
Utile-Inutile	58	1.99	BI > Ctb04

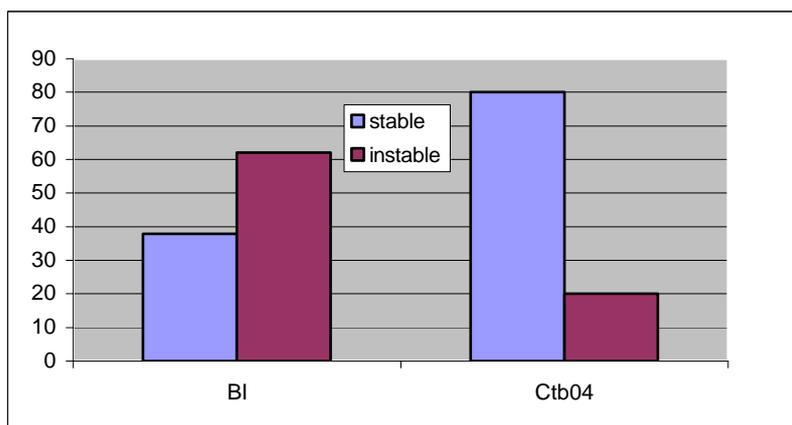
Sig kw: valeur du chi2 du test de Kruskal Wallis

Significativité statistique: \* =  $p < 0.1$  / \*\* =  $p < 0.05$  / \*\*\* =  $p < 0.01$

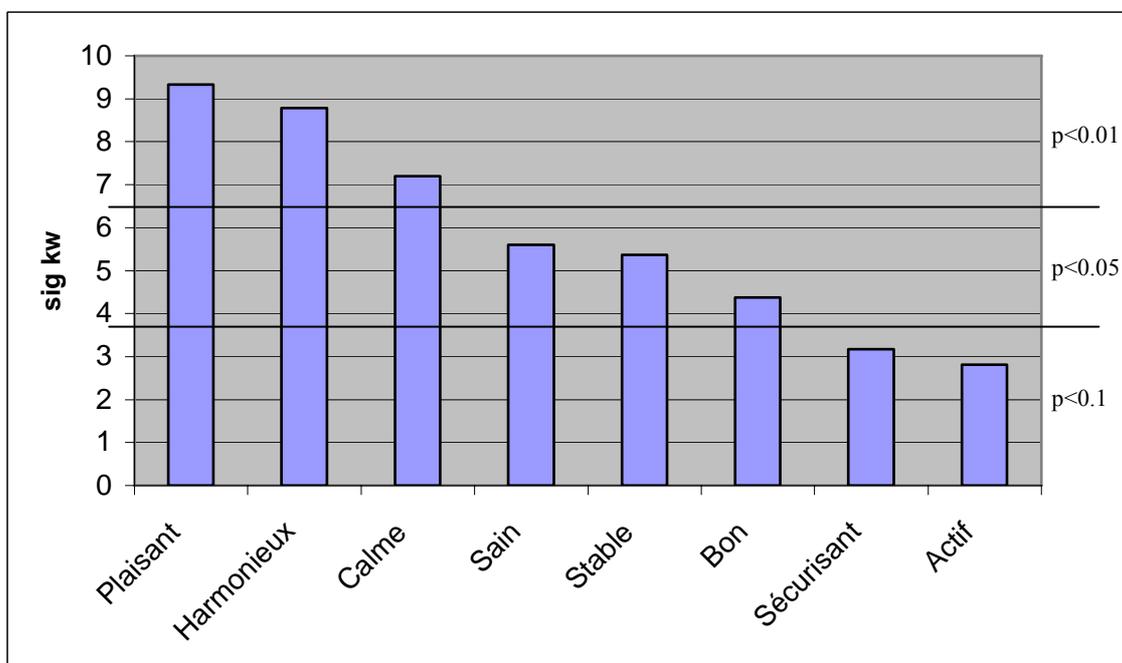
Dans ce tableau, les séjours dans les CTB actuels sont comparés aux séjours à BI. On relève que les CTB actuels sont considérés comme plus plaisants, plus calmes et plus harmonieux, et ce de manière statistiquement significative ( $p < 0.01$ ). Par ailleurs ils sont estimés être meilleurs (mauvais-bon), plus sains et plus stables ( $p < 0.05$ ) et dans une moindre mesure plus actifs et plus sécurisants que BI ( $p < 0.1$ ). Les qualificatifs restant penchent également en faveur des CTB actuels, mais sans significativité statistique.

Nous avons également présenté ces résultats sous forme de graphique. Ce type de présentation, plus visuel, fait ressortir les chiffres de façon plus parlante. Tout d'abord, nous avons choisi un profil de polarité, stable-instable, pour illustrer l'écart d'appréciation des patients qu'il peut y avoir entre BI et les CTB. Nous avons ensuite construit un graphique regroupant les qualificatifs significativement plus forts dans les CTB par rapport à BI, en faisant ressortir les différents seuils de significativité.

**Graphique 9 : Comparaison stable-instable entre BI et CTB04**



**Graphique 10 : Qualificatifs significativement plus forts dans les CTB 04 par rapport à BI**



Le second tableau résume la comparaison des profils de polarité entre les CTB actuels et avant la réforme.

**Tableau 15 : Comparaison des profils de polarité entre les CTB actuels et avant la réforme**

Variable	N	sig kw	Groupes
Froid-Chaleureux	35	2.07	Ctb04 > Ctb02
Prévisible-Imprévisible	34	0.20	Ctb04 > Ctb02
Bon-Mauvais	35	5.79 **	Ctb02 > Ctb04
Fort-Faible	35	4.97 **	Ctb02 > Ctb04
Déplaisant-Plaisant	36	3.14 *	Ctb04 > Ctb02
Sain-Malsain	35	1.62	Ctb02 > Ctb04
Actif-Passif	36	0.24	Ctb02 > Ctb04
Hostile-Amicale	35	5.42 **	Ctb04 > Ctb02
Stable-Instable	35	6.32 **	Ctb02 > Ctb04
Calme-Agité	36	0.12	Ctb02 > Ctb04
Étroit-Large	35	0.15	Ctb04 > Ctb02
Chaotique-Harmonieux	35	3.28 *	Ctb04 > Ctb02
Sécurisant-Inquiétant	35	0.85	Ctb02 > Ctb04
Utile-Inutile	35	8.28 ***	Ctb02 > Ctb04

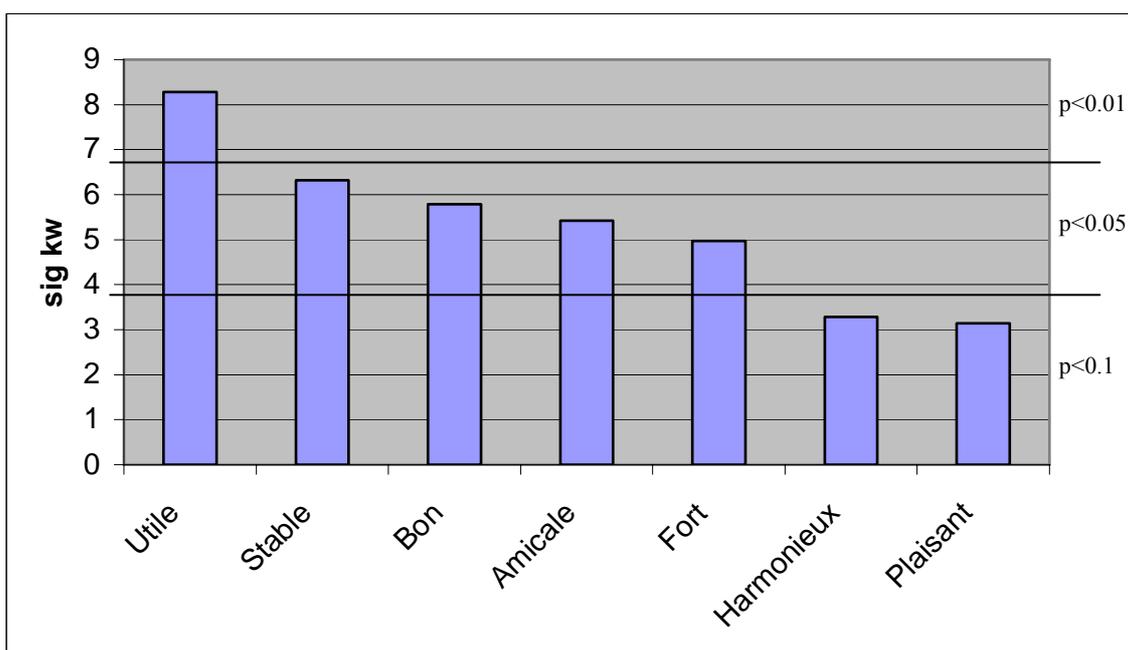
Sig kw: valeur du chi2 du test de Kruskal Wallis

Significativité statistique: \* =  $p < 0.1$  / \*\* =  $p < 0.05$  / \*\*\* =  $p < 0.01$

On relève que les CTB actuels sont considérés comme plus utiles qu'avant la réforme, de manière statistiquement significative ( $p < 0.01$ ). Par ailleurs les CTB actuels sont estimés être meilleurs (mauvais-bon), plus forts, plus amicaux et plus stables ( $p < 0.05$ ) et dans une moindre mesure plus plaisants et plus harmonieux qu'avant la réforme ( $p < 0.1$ ). Les autres qualificatifs sont pour la plupart mieux évalués dans la version actuelle des CTB, mais sans que l'on puisse mettre en avant une significativité statistique.

Nous avons également regroupé dans un graphique les qualificatifs statistiquement plus forts dans les CTB actuels par rapport à ceux avant la réforme, en faisant ressortir les différents seuils de significativité.

**Graphique 11 : Qualificatifs significativement plus forts dans les CTB en 2004 par rapport à 2002**



## V.2.5 Echelles

Nous avons utilisé 2 échelles dans cette étude. Une échelle sur le bien-être des patients au moment de la réponse au questionnaire, et une échelle de stigmatisation. Nous allons détailler les résultats tirés de ces échelles ci-dessous, mais nous pouvons déjà relever le fait que, contrairement à nos hypothèses, ces échelles ne donnent pas de résultats significatifs.

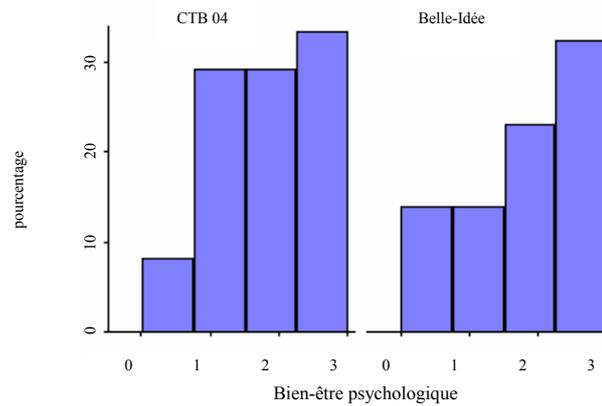
### V.2.5.1 Echelle de bien-être psychologique

Que les patients aient été pris en charge à BI ou dans un CTB version actuelle n'entraîne pas de changement significatif sur leur bien-être au moment du questionnaire, soit environ 2 semaines après la fin de leur prise en soin. Les séjours dans les CTB avant la réforme n'ont pas été évalués sous cet angle. En effet, l'évaluation rétrospective 2 ans ou plus après la fin de la prise en soin risquait d'être faite sur des bases bien différentes de celles correspondant au moment présent pour les groupes BI et CTB actuels.

**Tableau 16 : Répartition du bien-être psychique entre BI et les CTB actuels**

lieu de soin	bien-être psychique		fréquence
	moyenne	déviatiion standard	
CTB 04	1.73	0.8	24
BI	1.72	0.9	18

**Graphique 12 : Répartition du bien-être psychique entre BI et les CTB**



De plus, le bien-être psychologique des sujets n'influence pas leurs réponses au questionnaire. Les 2 seuls items liés au bien-être psychologique sont la polarité "actif-passif" et la polarité "utile-inutile", avec une significativité statistique de  $p < 0.05$ .

**Tableau 17 : item influencés par le bien-être psychologique**

Variable	sig kw
Actif-passif	-0.34 *
Utile-inutile	-0.34 *

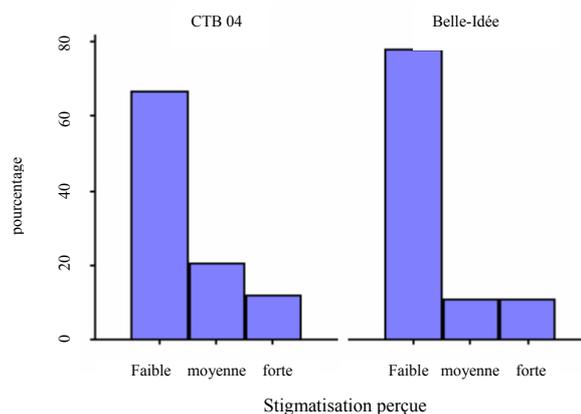
### V.2.5.2 Echelle de stigmatisation

La comparaison des données entre BI et les CTB ne montre pas de différence significative entre la stigmatisation ressentie par les patients sortant de BI, respectivement d'un CTB.

**Tableau 18 : Répartition de la stigmatisation entre BI et les CTB**

lieu de soin	stigmatisation		fréquence
	moyenne	déviati on standard	
CTB 04	1.27	0.47	24
BI	1.22	0.52	18

**Graphique 13 : Répartition de la stigmatisation entre BI et les CTB**



Quant à l'analyse des données sous l'angle d'un potentiel effet de confusion de la stigmatisation, il ressort une influence statistiquement significative de cette dernière sur plusieurs éléments, à savoir la satisfaction par rapport aux médicaments, l'hébergement de nuit, polarité "prévisible-imprévisible", et la présence de troubles de l'humeur.

**Tableau 19 : item influencés par la stigmatisation**

Variable	sig kw	
Bien-être psychologique	-0.31	*
Médicaments	-0.34	*
Psychomotricité	-0.89	**
Hébergement de nuit	-0.32	*
Prévisible-imprévisible	0.33	*
Trouble de l'humeur	0.35	*

### V.2.5.3 Corrélations entre bien-être psychologique et stigmatisation

Nous relevons toutefois un point intéressant en analysant ces échelles. Il existe un lien entre ces deux variables, avec une corrélation de Spearman de -0.31 (\*\*\*) qui est évident. Les patients plus affectés dans leur bien-être psychologique se plaignent en effet d'une stigmatisation plus forte liée à leur passage en psychiatrie.

### V.2.6 Facteurs de confusion

Pour valider les conclusions de notre étude, nous avons recherché et analysé tous les facteurs de confusion susceptibles de biaiser nos résultats. Ce travail a été effectué uniquement sur les 42 derniers lieux de soin et non par rapport aux 69 prises de position, en raison du manque d'un certain nombre de données sur nos sujets lors de leurs passages antérieurs en psychiatrie.

#### V.2.6.1 Genre et âge

Nous ne trouvons aucune corrélation entre le genre des patients et leurs réponses, ni entre leur catégorie d'âge et leurs réponses.

**Tableau 20 : item influencés par le genre des sujets**

Variabes	N	sig kw		Groupes
avec enfants	42	5.74	**	femmes > hommes
repas	40	3.61	*	femmes > hommes
trouble de l'humeur	40	5.08	**	femmes > hommes

Seuls 2 points ressortent de ce contrôle. Pour commencer, on note que les femmes vivent plus souvent avec des enfants et souffrent plutôt de troubles de l'humeur. Cela nous reconforte d'ailleurs dans la pertinence de nos résultats, ces faits étant bien connus (Hasin et

al., 2005; Helmer et al., 2004; Noble, 2005; Paykel et al., 2005; Scheibe et al., 2003; Sloan, Kornstein, 2003). L'autre point est une évaluation plus positive des repas par les femmes.

**Tableau 21 : item influencés par le groupe d'âge des sujets**

Variables	N	sig kw	Groupes
avec conjoint	35	3.56 *	moins jeune > jeune
avec mère	35	5.26 **	jeune > moins jeune
satisfaction globale	35	3.45 *	moins jeune > jeune
entretiens infirmier	34	3.58 *	moins jeune > jeune
accueil de jour	32	5.79 **	moins jeune > jeune
froid-chaleureux	35	4.70 **	moins jeune > jeune
étroit-large	35	5.32 **	moins jeune > jeune

"jeune": ≤ 40 ans  
 "moins jeune": ≥ 41 ans

Nous relevons par ce tableau que les patients âgés de plus de 40 ans évaluent plus positivement l'accueil de jour, qu'ils se situent plus du côté large dans la dichotomie étroit-large, et plus du côté chaleureux dans la dichotomie froid-chaleureux. Dans une moindre mesure, ils apprécient plus les entretiens infirmiers et sont de manière générale plus satisfaits. Le tableau révèle également que les sujets jeunes ont plus tendance à vivre avec leur mère, et dans une moindre mesure, les moins jeunes avec leur conjoint.

#### V.2.6.2 Entourage social

L'entourage social du patient ne constitue pas non plus un facteur de confusion.

**Tableau 22 : item influencé par l'entourage social des sujets**

Variables	N	sig kw	Groupes
ergothérapie	8	3.94 **	seul > pas seul

La seule différence entre les groupes de patients vivant ou non seuls se trouve dans la satisfaction liée à l'ergothérapie. Ce résultat est de peu d'importance si l'on se rappelle que seules 8 personnes ont bénéficié de cette thérapie. Autrement, nous ne voyons pas de différences entre vivre seul ou non, et les réponses apportées à notre questionnaire.

#### V.2.6.3 Antécédents

Le dernier facteur de confusion possible que nous avons identifié est constitué par la présence ou l'absence d'antécédents d'hospitalisation en psychiatrie publique des patients.

**Tableau 23 : item influencés par la présence ou l'absence d'antécédents d'hospitalisation en psychiatrie publique des sujets**

Variables	N	sig kw	Groupes
avec conjoint	40	3.39 *	pas d'ATCD > ATCD
satisfaction globale	40	5.22 **	pas d'ATCD > ATCD
entretiens infirmier	39	2.90 *	pas d'ATCD > ATCD
médicaments	37	2.92 *	pas d'ATCD > ATCD
psychomotricité	10	6.35 **	pas d'ATCD > ATCD
accueil de jour	37	3.86 **	pas d'ATCD > ATCD
contacts avec d'autres patients	39	6.47 **	pas d'ATCD > ATCD
prévisible-imprévisible	39	3.75 *	ATCD > pas d'ATCD
bon-mauvais	40	5.70 **	ATCD > pas d'ATCD
gravité	39	3.04 *	ATCD > pas d'ATCD
stigmatisation	40	5.36 **	ATCD > pas d'ATCD

L'analyse de ce facteur met en évidence une certaine différence entre les patients avec ou sans antécédents psychiatriques. Nous remarquons que les patients sans antécédents psychiatriques vivent plus souvent avec leur conjoint, et que les patients avec des antécédents sont atteints plus gravement dans leur santé mentale. Les patients sans antécédents évaluent plus positivement la prise en charge infirmière, ils sont plus satisfaits de la prescription médicamenteuse, et se situent plus du côté prévisible dans la dichotomie prévisible-imprévisible ( $p < 0.1$ ). Il ressort également, et ce de manière plus significative, que les patients sans antécédents sont globalement plus satisfaits, qu'ils apprécient plus la psychomotricité, l'accueil de jour et le contact avec d'autres patients. Ils évaluent la dichotomie bon-mauvais plus en faveur du bon. Quant aux patients avec des antécédents psychiatriques, ils sont significativement plus sensibles à la stigmatisation ( $p < 0.05$ ).

### **V.2.7 Commentaires de patients**

Nous avons maintenant fait le tour des résultats tirés de notre enquête auprès des patients. Reste un dernier point à mentionner. En effet, bien que nous ayons construit un questionnaire structuré, nous avons laissé une place en fin d'entretien pour les commentaires libres de nos sujets. Nous avons ainsi relevé des commentaires intéressants, constituant parfois des points de vue relativement différents, voire opposés. Nous allons passer ici en revue, de façon exhaustive, ces divers commentaires.

Sur BI, un patient s'est plaint de la trop grande différence d'âge entre les patients. Un autre de regretter la dégradation des soins ces dernières années, liée principalement selon lui au peu de disponibilité des soignants, ainsi qu'à une grande promiscuité, entraînant une augmentation de la violence. Un autre patient nous a confié ne pas s'être senti à sa place à BI.

Nous relevons le témoignage d'un patient, enchanté de son passage au CTB tout d'abord car cette prise en charge l'a énormément aidé, mais également parce qu'il n'aurait pas aimé être envoyé à BI. Certains patients préféreraient le CTB avant la réforme, parce qu'il donnait moins l'impression d'être en ville, il était ressenti comme plus sécurisant. D'autres par contre pensent qu'il y a eu beaucoup de progrès dans la prise en charge CTB depuis 15 ans. Celle-ci se serait nettement améliorée, notamment pour ce qui est de l'encadrement des patients. Par contre, un problème soulevé est celui de la diminution des activités proposées au CTB. Un autre patient encore ne note aucun changement concernant les soins au CTB avant et après la réforme, mais limite les changements à la structure du bâtiment.

Parmi les patients connaissant les 2 structures de soins, l'un décrit le CTB comme plus calme, pour autant que l'on reste à l'intérieur de ses murs. En effet, dès qu'il en sort, il dit ressentir le stress de l'extérieur. Selon un autre patient, le CTB est une structure plus laxa que BI. Un autre encore trouve que le CTB a un but plus préventif par rapport à BI.

## **VI. Discussion**

Après avoir envisagé le voyage historique qui mène la psychiatrie de l'asile à la communauté, nous nous sommes arrêtés sur l'effort qui a été fait ces dernières années pour soulager le secteur hospitalier en faveur des structures de soins basées dans la communauté. Et c'est non sans sourire que nous relevons une certaine continuité qui persiste malgré cette volonté de rompre avec le passé lors de la transformation de la psychiatrie asilaire vers une psychiatrie tournée vers la communauté. En effet, malgré le rejet important que l'on a eu à l'égard de l'asile, les CTB gardent par certains côtés, une fonction d'asile, temporaire celui-là, où les patients viennent se réfugier, se mettre à l'abri du mouvement et des problèmes de la vie extérieure.

L'étude que nous avons menée au sein du Département de Psychiatrie Adulte-Secteur s'est révélée très intéressante concernant l'évolution des structures de soins psychiatriques ainsi que sur l'avis qu'ont les patients sur ces dernières.

L'enquête réalisée auprès des patients a été analysée en détail. En effet, le type de questionnaire utilisé laissait courir le risque de réponses biaisées par des réponses socialement désirées. Citons par exemple la question concernant la satisfaction globale des patients sur leur prise en soin psychiatrique. Les réponses sont pour la plupart des patients interrogés tirées vers le haut. Il ne serait en effet pas socialement acceptable de répondre de façon négative à cette question. Nous sommes donc restés attentifs à ce biais possible, mais avons exclu tout impact sur l'analyse des résultats car même si l'échelle est déplacée vers le haut, la comparaison des valeurs entre les plusieurs populations étudiées n'est pas affectée. Nous pouvons affirmer cela du fait que les 2 populations étudiées sont bien comparables entre elles. En effet, nous ne trouvons que peu d'éléments répartis de façon inégale dans les 2 groupes. Pour étoffer la validation de l'étude, nous avons également recherché d'éventuels facteurs de confusion, et nous concluons que ni le genre, ni l'âge, ni l'entourage social des patients, ni la présence d'antécédents psychiatriques n'influence les réponses au questionnaire.

Au terme de l'analyse de notre étude, nous constatons que la grande partie des résultats va dans le sens attendu, c'est-à-dire dans le sens de nos hypothèses. L'intégralité des résultats en contradiction avec les hypothèses ne sont pas statistiquement significatifs, alors que tous ceux qui le sont, que ce soit avec un intervalle de confiance  $p < 0.1$ ,  $p < 0.05$  ou  $p < 0.01$ , tous vont dans le sens attendu.

A partir de 1999, la population de patients suivis par les CTB a subi une forte augmentation. En parallèle, le nombre de patients hospitalisés a diminué à partir de 2002. La même évolution a été constatée concernant les journées d'hospitalisation, qui ont diminué au profit de journées passées dans les CTB. Ces constatations vont dans le sens des objectifs et du pari de la réforme du Département de psychiatrie. En effet, le point de départ de cette réforme était la surcharge de la clinique psychiatrique et la nécessité de trouver une alternative pour les patients en crise. Il est intéressant de revenir sur la conclusion du rapport d'experts qui avaient été chargés d'examiner le problème de la psychiatrie genevoise en janvier 2000. En effet, ils préconisaient la fermeture des CTB en raison de leur sous-utilisation. Leur taux d'occupation plafonnaient à cette époque à 50%. Heureusement, les organisations syndicales SIT/VPOD se sont également penchées sur le problème et elles ont proposé un contre-projet où les CTB occupaient une position centrale dans le nouveau dispositif de soins psychiatriques. Cette position, qui était peut-être aussi une position de

défense de l'existant, a rencontré un écho fort du côté des cadres représentant la Direction dans le cadre du groupe paritaire de concertation sur la réforme, cadres qui étaient aussi préoccupés par le caractère potentiellement couteux et peu préparateur du futur du projet de dissémination d'unités hospitalières classiques dans le canton. C'est ainsi que la décision a été prise de maintenir les CTB et de les développer pour qu'ils puissent offrir une alternative à l'hospitalisation psychiatrique même pour des cas relativement lourds. Les statistiques d'activité de la psychiatrie de 1999 à 2004, qui montrent une augmentation importante de l'occupation des CTB permettant la décharge de l'hospitalier, montrent que le pari de la réforme de conserver et développer les CTB a été gagné.

La diminution du nombre de patients hospitalisés à partir de 2002 s'explique d'une part par le déploiement des CTB, mais également par l'ouverture d'une Unité hospitalière d'observation et évaluation psychiatriques à l'hôpital général, dite 2JC, en référence à son implantation dans le bâtiment de l'Hôpital Cantonal. Cette unité de 8 lits est intégrée au Service d'accueil, d'urgence et de liaison psychiatrique. En 2002, cette unité offre 427 épisodes de soin, totalisant 1969 jours d'hospitalisation, en 2003, les chiffres s'élèvent à 608 et 2993 respectivement et en 2004 on arrive à 3036 jours d'hospitalisation pour 596 épisodes de soin. Relevons que la durée de séjour au 2JC est limitée à un maximum de 5 jours par épisode de soin, après quoi les patients sortent vers leur domicile, éventuellement sur un CTB, ou sinon, mais c'est beaucoup plus rare, sont hospitalisés à BI. Il existe de nombreuses séquences hybrides entre le 2JC, les CTB et BI, entraînant une impossibilité de chiffrer simplement ces trois structures de façon totalement indépendante. Si l'on totalise le nombre de patients suivis par chacun de ces trois lieux de soins différents de 1999 à 2003 (cf tableau 24), on se rend compte que ce nombre a tendance à augmenter. Le nouveau système de soins en psychiatrie a donc permis de faire face à cette demande qui augmente, tout en diminuant les hospitalisations à BI.

**Tableau 24: nombre de patients suivis par BI, les CTB et le 2JC de 1999 à 2004**

	1999	2000	2001	2002	2003
BI	2389	2813	3020	2593	2466
CTB	726	724	683	946	1142
2JC				427	608
<b>TOTAL</b>	3115	3537	3703	3966	4216

La diminution du nombre de patients hospitalisés à BI est marquée par une nette augmentation du rapport entre les entrées non-volontaires (ENV) et les entrées volontaires (EV) de 1999 à 2004. La proportion d'entrées non-volontaires à BI passe en effet de 51.5% en 1999 à 80% en 2004 (cf tableau 25). Cette évolution peut être expliquée par le fait que les CTB n'acceptent dans leur structure que des patients qui en leur absence seraient admis en EV, ce qui renforce le contraste entre BI et les CTB. Maintenant c'est un peu comme s'il ne restait que quelques EV à BI qui sont "perdus" parmi les patients en ENV.

**Tableau 25: entrées non-volontaires et volontaires à BI de 1999 à 2004 (en %)**

	ENV	EV
1999	51.5	48.5
2000	58	41.2
2001	63.4	36
2002	70.4	28.5
2003	70.2	28.7
2004	80.1	18.9

Concernant les pathologies psychiatriques des patients orientés vers les CTB, nous relevons principalement des troubles de la thymie, et un degré de gravité plutôt plus élevé que chez les patients hospitalisés en entrée volontaire à Belle-Idée. Ce résultat peut paraître surprenant, d'ailleurs nous avançons le contraire dans nos hypothèses de départ. L'instrument que nous avons utilisé pour évaluer la gravité des troubles mentaux actuels des patients peut difficilement être mis en question, en effet il s'agit de l'échelle CGI (Clinical Global Impression) (Guy, 1976) largement utilisée. Un biais possible se situe au niveau des médecins qui ont évalué les patients. Les médecins intra-hospitaliers comparaient probablement les sujets en EV recrutés pour participer à l'étude à leurs patients en ENV, ils avaient donc probablement tendance à sous évaluer la gravité des troubles de nos sujets. A l'opposé, les médecins des CTB comparaient les sujets de l'étude à d'autres patients suivis ambulatoirement. Rappelons ici que les sujets recrutés dans les CTB devaient impérativement avoir bénéficié de nuitées, il s'agissait donc des patients les plus gravement souffrants de cette structure. Ce biais paraît tout à fait pertinent, cependant il n'est probablement pas si important que la réalité soit en fait inversée. Nous pouvons également rappeler l'augmentation de la proportion d'hommes pris en soins dans les CTB entre 1999 et 2003. Cette évolution peut recouvrir un changement de profil des patients acceptés dans les CTB. Lors du passage de 4 à 8 lits dans les CTB, le nombre de veilleur de nuit est passé de un à deux. Cela a permis la prise en charge de patients plus lourds. Ont alors été acceptés des patients avec des problèmes d'abus de substance, de trouble du comportement nécessitant d'être attentif au risque d'agressivité et violence, patients représentés principalement par des hommes (Anderson et al., 2004; Ruesch et al., 2003; Swanson et al., 1990). L'augmentation de la proportion d'hommes dans les CTB serait donc liée à une ouverture de cette structure à des patients plus gravement malades. Dans notre hypothèse, nous avançons que les CTB prenaient en charge les patients moins affectés dans leur santé psychique, toutefois, notre étude ne nous permet pas de comparer la gravité de l'atteinte des patients des CTB par rapport à celle des patients en ENV à Belle-Idée.

Contrairement à une des hypothèses que nous avons formulées, les patients sans antécédents psychiatriques ne sont pas plus souvent orientés vers les CTB. Ils sont répartis de façon égale entre les CTB et les unités hospitalières classiques de Belle-Idée. Cependant, en raison du nombre très faible de patients sans aucun antécédent psychiatrique inclus dans notre étude, nous ne pouvons pas généraliser cette donnée.

Pour ce qui est de la satisfaction des patients, ils se montrent plus satisfaits globalement de leur prise en charge psychiatrique dans les CTB par rapport à Belle-Idée. Ils apprécient en particulier plus la prise en charge médico-infirmière, le travail en groupe, l'hébergement de nuit et le contact avec les autres patients. En comparaison à l'hôpital psychiatrique classique, les CTB donnent une meilleure image aux patients. Ils sont évalués comme plus sains, plus plaisants, calmes, et harmonieux. Les patients les trouvent plus stables. Ils s'y sentent plus actifs, et plus en sécurité.

Il existe cependant des situations dans lesquelles les patients se sentent plus en sécurité à Belle-Idée, notamment en raison de son cadre plus fermé, lors de prise en charge de dépendances avec projet de sevrage ou lors de risque de passage à l'acte auto-agressif.

La vision plus positive des patients des CTB par rapport à BI semble homogène et ne laisse pas de place pour laisser émerger une réalité qui nous avait été rapportée au cas par cas par certains de nos interlocuteurs. En effet, dans la pratique, on relevait le cas de certains patients qui refusaient le CTB et préféraient aller à BI parce qu'ils se sentaient trop perdus, pas assez encadrés, entourés, protégés au CTB.

Un biais pourrait découler de notre méthodologie. Dans la préparation de notre enquête auprès des patients, nous avons recherché la meilleure méthode pour diminuer les

risques de biaiser les réponses des patients et avons opté pour un questionnaire téléphonique, favorisant l'objectivité des réponses des sujets grâce à l'absence physique de la personne qui interroge. Une différence que l'on n'a pas pu effacer entre les sujets recrutés à BI et aux CTB est que les patients de BI connaissaient la personne qui les interrogeait par téléphone. Ils l'avaient en effet rencontrée lors du recrutement. On peut donc estimer que les patients de BI ont eu tendance à donner des réponses plus positives dans le but de faire plaisir à l'interviewer. Par contre, les sujets recrutés dans les CTB n'avaient pas créé de lien avec la personne qui les interrogeait par téléphone car ils ne s'étaient jamais rencontrés, le risque qu'ils enjolivent leurs réponses était donc plus faible. Cette différence entre les 2 populations de sujets ne peut pas avoir inversé les résultats de l'enquête, en effet, elle aurait plutôt tendance à augmenter la valeur du résultat, car elle tire plutôt dans la direction opposée au résultat obtenu.

Nous avons fait quelques recherches dans la littérature pour savoir si d'autres études de satisfaction avaient obtenu les mêmes résultats que nous, et nous avons pu constater que relativement peu d'études s'étaient intéressées à la comparaison entre les services de psychiatrie basés à l'hôpital et dans la communauté. Nous avons tout de même rencontré quelques articles relevant une préférence des patients psychiatriques et de leurs proches pour les services de psychiatrie communautaires plutôt qu'hospitaliers (Biancosino et al., 2004; Dean et al., 1993; Henderson et al., 1999; Scott, 2000).

Le lieu de prise en soin psychiatrique n'a pas d'impact sur la stigmatisation ressentie par les patients. En effet, qu'ils soient suivis dans les CTB ou qu'ils soient hospitalisés à Belle-Idée, les patients évaluent globalement la stigmatisation entraînée par leur prise en soin psychiatrique comme faible. Il peut paraître surprenant que les patients psychiatriques ne se plaignent que peu de stigmatisation. Cependant, une étude menée en 2001 à Genève relevait déjà une nette tendance à la diminution de la honte et du tabou entourant la maladie psychique. Cette dernière serait actuellement plus perçue comme une maladie dont on peut parler avec moins de craintes d'être stigmatisé (Giacomini et al., 2001). Toujours est-il que la stigmatisation est influencée par différents facteurs. Par exemple, les patients souffrant de troubles psychotiques sont plus sujets à la stigmatisation que les patients souffrant de trouble de l'humeur (Holzinger et al., 2003; Mann, Himelein, 2004). Nous n'avons pas pu faire ressortir cet élément de notre étude, étant donné que notre population était composée majoritairement de patients souffrant du même type de trouble, à savoir de troubles de l'humeur. Toutefois, nous retrouvons une stigmatisation plus importante chez certains patients. Il s'agit de ceux présentant des antécédents psychiatriques ou souffrant d'un bien-être psychologique plus faible. Une longue durée de vie avec un handicap, comme une maladie psychique entre autres, ainsi qu'un début à un jeune âge augmentent en effet les risques de discrimination et de stigmatisation (Zbinden et al., 2004). En ce qui est du lien entre la stigmatisation et le bien-être psychologique, il est très difficile à définir. En effet, d'un côté, les expériences de stigmatisation exercent une influence négative sur l'évaluation subjective des patients de leur bien-être psychique, et d'un autre côté, elles ont tendance à baisser le moral des patients. De plus, les patients déprimés ressentent de façon plus intense les expériences de stigmatisation. Il s'agit donc probablement d'un cercle vicieux où la stigmatisation et le sentiment de mal-être psychique s'auto-entretiennent, et ont un effet négatif l'un l'autre (Ritsher, Phelan, 2004; Zbinden et al., 2004).

Les patients interrogés dans notre étude qui ont connu les CTB à différents stades de leur évolution se montrent globalement plus satisfaits de la version actuelle des CTB. Ils les considèrent comme meilleurs, plus forts, plus utiles. Ils les trouvent plus stables, plus plaisants, amicaux, et harmonieux. Par opposition à cette bonne évolution des CTB, les soins à Belle-Idée se seraient dégradés selon l'avis de quelques patients. Cette dégradation serait

liée à une trop grande promiscuité entraînant une augmentation de la violence parmi les patients, ainsi qu'à la diminution de la disponibilité des soignants. Même si ces dernières affirmations ne reposent que sur l'avis de quelques patients, donné en expression libre à la fin de l'entretien, il s'agit d'éléments également perçus par les soignants de l'institution et relevés lors d'une enquête sur l'image de la maladie psychique et sur les soins prodigués par les services publics de psychiatrie adulte de Genève. La surcharge de la psychiatrie adulte et la péjoration des conditions d'hospitalisation sont particulièrement relevées dans cette enquête. Il en ressort le souhait unanime d'une diminution de la surcharge hospitalière, souvent accompagné de demandes d'augmentation du personnel soignant. Des desiderata de soins spécifiques apparaissent quant au besoin de protéger les patients de la violence (Giacomini et al., 2001). Ces remarques sont à mettre en parallèle avec l'augmentation du rapport ENV sur EV à Belle-Idée. Cette évolution entraîne la présence d'un entourage plus difficile pour les patients hospitalisés à BI ainsi qu'une augmentation de la tension avec ses risques subséquents de violence. De plus, elle alourdit la charge de travail du personnel soignant, déjà fortement affectée par la surcharge des unités hospitalières. L'augmentation de la charge de travail pour le personnel soignant est un facteur important de baisse de moral et de stress. Les problèmes de violence et de menace de violence, qu'il s'agisse de comportements physiques violents des patients envers le personnel, de tentatives d'autodestruction des patients, ou de manifestations de violence de la part de l'entourage des patients, constituent également un facteur de stress important pour les soignants. Ce stress est répercuté en premier lieu sur les patients. On déplore la diminution de la prise en charge relationnelle des patients, très importante en psychiatrie, le manque de temps pour leur donner des informations adéquates, pour faire un travail d'éducation auprès d'eux, et on déplore par dessus tout la baisse dans la qualité des soins (Fischer, Goerg, 2001; Grunfeld et al., 2005).

## **VII. Conclusion**

La création des CTB genevois s'inscrit dans une tradition historique internationale. En effet, à partir des années 60, alors qu'un courant anti-institutionnel plane sur la psychiatrie à travers le monde, la psychiatrie genevoise, sous la direction du Pr Ajuriaguerra, s'ouvre sur la cité. C'est alors qu'apparaissent de nouvelles structures de soins telles que le Centre PsychoSocial Universitaire, les Centres Thérapeutiques de Jour et les Centres de Thérapies Brèves.

Le modèle des CTB de la fin du XX<sup>ème</sup> siècle était un peu en panne. Ceux-ci ne correspondaient plus à leur mission initiale, à savoir la prise en charge en amont de l'hospitalisation, et leur accessibilité étaient limitée en cas d'urgence. Au moment de la réforme du Département de psychiatrie, dont un des buts était la décentralisation de la psychiatrie et son implantation dans la communauté, il était donc question de les supprimer du dispositif de soins, en raison de la sous-utilisation de leurs lits. Il a finalement été décidé non seulement de maintenir les CTB, mais ils se sont retrouvés au centre du dispositif sectoriel et leurs capacités ont été revues à la hausse: ce choix, conforme à la plupart des analyses sur la psychiatrie du XXI<sup>ème</sup> siècle (Organisation mondiale de la santé, 2001; Piel, Roelandt, 2001) relevait d'un pari.

Notre étude nous a permis de constater que ce pari semble tenu, aussi bien sur le plan de l'activité des CTB, que sur celui de la satisfaction des patients. Depuis la réforme, le taux d'activité et le taux d'occupation des lits des CTB ne cesse d'augmenter, de même que la population de patients suivis dans ces structures. Cette évolution découle probablement du succès qu'ont trouvé les CTB auprès des patients. Ces derniers se montrent en effet fort satisfaits de ces structures de soins en comparaison avec les unités hospitalières classiques. Leur satisfaction porte aussi bien sur l'encadrement médico-infirmier que sur les nuits sur place, ou encore des caractéristiques propres à ces structures. De plus, les patients estiment que la réforme a été profitable aux CTB. En effet, ils se montrent plus satisfaits de la version actuelle des CTB par rapport à celle existant avant la réforme.

Dans ce mouvement récent de la psychiatrie à Genève, suite à la réforme du département, un paradoxe surgit. Force est de constater que BI redevient plus un lieu de "psychiatrie lourde". Ceci est probablement dû à la modification de la population de patients hospitalisés. On relève en effet une augmentation nette du rapport entre les patients en ENV et ceux en EV dans les unités hospitalières classiques. Les EV sont d'ailleurs devenues très minoritaires à BI, celles-ci étant actuellement principalement orientées vers les CTB.

## **VIII. Annexes**

### **Annexe 1: Questionnaire médecin**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date d'entrée :

Date de sortie :

Nuités :

Diagnostic principal:

Impression clinique globale (Gravité)

En fonction de votre expérience clinique totale avec ce type de patient, quel est le niveau de gravité des troubles mentaux actuels du patient ?

- 0. non évalué**
- 1. normal, pas du tout malade**
- 2. à la limite**
- 3. légèrement malade**
- 4. modérément malade**
- 5. manifestement malade**
- 6. gravement malade**
- 7. parmi les patients les plus malades**

Orienté vers:

Nom du médecin :

## Annexe 2: Questionnaire téléphonique

N° ID : .....

Bonjour, j'aimerais parler à ....., s'il vous plaît.  
Vous avez donné votre accord pour une recherche sur votre passage en psychiatrie, je me permets donc de reprendre contact avec vous pour vous poser quelques questions, comme convenu. Cela vous prendra une 20aine de minutes.

- Etes-vous toujours d'accord de participer à l'étude ?
- Si oui : Avez-vous le temps maintenant ?

### **I. Données démographiques**

Sexe :  masculin  féminin

Age : ..... ans

Avec qui habitez-vous ?  seul(e)

avec mon (ma) conjoint(e) / partenaire

avec les enfants

avec mon père

avec ma mère

dans une pension, home, foyer, résidence spécialisée

avec d'autres personnes.

Emploi : rémunéré :  oui  non

taux : ..... %

quel poste : .....

### **II. Dernière entrée en psychiatrie :**

CTB

BI

### **III. Comment a-t-on choisi entre une prise en soins au CTB et une entrée volontaire à BI?**

.....  
.....  
.....

### **IV. Caractéristiques de ce séjour :**

Date d'entrée : .. / .. / ..

Date de sortie : .. / .. / ..

Durée : ..... jours

**Satisfaction globale :**

Sur une échelle de 0 à 10, pouvez-vous me dire si vous étiez globalement satisfait de votre passage au CTB / à BI ?

pas satisfait											très satisfait	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

- Traitement reçu :**
- ⑦ entretiens avec médecin
  - ⑦ entretiens avec infirmier
  - ⑦ entretiens avec assistant social
  - ⑦ médicaments
  - ⑦ travail de groupe
  - ⑦ suivi par un psychologue
  - ⑦ ergothérapie
  - ⑦ autres .....

**V. Echelle de satisfaction :**

**a) soins**

	pas satisfait						très satisfait				
Entretiens médecin	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Entretiens infirmier	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Entretiens assistant social	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
médicaments	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
thérapie de groupe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Entretiens psychologue	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ergothérapie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
autres	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**b) service hôtelier:**

repas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
accueil de jour	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hébergement de nuit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**c) contacts avec les autres patients**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(d'autres remarques) : .....

.....

**VI. Questionnaire qualificatif :**

Nous aimerions connaître votre avis sur les qualités de votre passage au CTB /Belle-Idée.  
D'après vous, le CTB / BI est en général plutôt: (puis faire spécifier si très ou un peu)

a) Froid	<input type="text"/>	Chaleureux				
b) Prévisible	<input type="text"/>	Imprévisible				
c) Bon	<input type="text"/>	Mauvais				
d) Fort	<input type="text"/>	Faible				
e) Déplaisant	<input type="text"/>	Plaisant				
f) Sain	<input type="text"/>	Malsain				
g) Actif	<input type="text"/>	Passif				
h) Hostile	<input type="text"/>	Amicale				
i) Stable	<input type="text"/>	Instable				
j) Calme	<input type="text"/>	Agité				
k) Etroit	<input type="text"/>	Large				
l) Chaotique	<input type="text"/>	Harmonieux				
m) Sécurisant	<input type="text"/>	Inquiétant				
n) Utile	<input type="text"/>	Inutile				
o) Déstabilisant	<input type="text"/>	Soutenant				

(Commentaires faits pour certains qualificatifs)

.....

.....

.....

## VII. Echelle du bien-être psychologique actuel :

a) En pensant à la semaine passée, combien de jours avez-vous été déprimé(e) ou de mauvaise humeur ?

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> presque tous les jours | <input type="checkbox"/> 3-4 jours |
| <input type="checkbox"/> 1-2 jours              | <input type="checkbox"/> jamais    |

b) Dans cette même semaine passée, combien de jours avez-vous été calme, équilibré(e), serein(e) ?

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> presque tous les jours | <input type="checkbox"/> 3-4 jours |
| <input type="checkbox"/> 1-2 jours              | <input type="checkbox"/> jamais    |

c) Dans cette même semaine, combien de jours avez-vous été tendu(e), irritable ou nerveux(se) ?

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> presque tous les jours | <input type="checkbox"/> 3-4 jours |
| <input type="checkbox"/> 1-2 jours              | <input type="checkbox"/> jamais    |

d) Dans cette semaine, combien de jours avez-vous été plein(e) de force, d'énergie et d'optimisme ?

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> presque tous les jours | <input type="checkbox"/> 3-4 jours |
| <input type="checkbox"/> 1-2 jours              | <input type="checkbox"/> jamais    |

Remarques : .....

## VIII. Stigmatisation par le passage dans les unités:

Le fait d'avoir fait un passage à BI / dans un CTB de psychiatrie peut entraîner certaines réactions chez d'autres personnes. Combien de fois avez-vous fait les expériences suivantes ?

Certains amis vous ont évité à cause de votre passage à BI / dans un CTB

- |                                 |   |                                  |
|---------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> de temps à autre | <input type="checkbox"/> souvent |
|---------------------------------|---|----------------------------------|

Certaines personnes se sentent mal à l'aise et tendues à cause de votre passage à BI / dans un CTB

- |                                 |   |                                  |
|---------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> de temps à autre | <input type="checkbox"/> souvent |
|---------------------------------|---|----------------------------------|

## IX. Séjour antérieur en psychiatrie publique :

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|------------------------------|------------------------------|

Si le dernier passage est	tenir compte de l'avant dernier passage à / au
CTB	<input type="checkbox"/> CTB en 2001-2002 ou <input type="checkbox"/> BI dès 2002
Belle-Idee	<input type="checkbox"/> CTB en 2001-2002 ou <input type="checkbox"/> CTB à partir d'avril 2004

Nous aimerions aussi connaître votre avis sur ce séjour.

Date d'entrée : .. / .. / ..

Date de sortie : .. / .. / ..

Durée : ... jours

**Satisfaction globale :**

Sur une échelle de 0 à 10, pouvez-vous me dire si vous étiez globalement satisfait de votre passage au CTB / à BI ?

pas satisfait

très satisfait

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Traitement reçu :**

- entretiens avec médecin
- entretiens avec infirmier
- entretiens avec assistant social
- médicaments
- travail de groupe
- suivi par un psychologue
- ergothérapie
- autres .....

**Echelle de satisfaction :**

**a) soins**

pas satisfait

très satisfait

Entretiens médecin	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Entretiens infirmier	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Entretiens assistant social	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

médicaments	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

thérapie de groupe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Entretiens psychologue	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ergothérapie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

autres	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**b) service hôtelier:**

repas 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

accueil de jour 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

hébergement de nuit 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**c) contacts avec les autres patients**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

*(d'autres remarques) :* .....  
.....

**Questionnaire qualificatif :**

Egalement pour ce passage-là ; d'après vous, le CTB / BI est en général plutôt:

- |                  |  |  |  |  |  |  |              |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--------------|
| a) Froid         | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%; height: 20px;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  | Chaleureux   |
|                  |  |  |  |  |  |  |              |
| b) Prévisible    | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%; height: 20px;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  | Imprévisible |
|                  |  |  |  |  |  |  |              |
| c) Bon           | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%; height: 20px;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  | Mauvais      |
|                  |  |  |  |  |  |  |              |
| d) Fort          | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%; height: 20px;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  | Faible       |
|                  |  |  |  |  |  |  |              |
| e) Déplaisant    | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%; height: 20px;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  | Plaisant     |
|                  |  |  |  |  |  |  |              |
| f) Sain          | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%; height: 20px;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  | Malsain      |
|                  |  |  |  |  |  |  |              |
| g) Actif         | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%; height: 20px;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  | Passif       |
|                  |  |  |  |  |  |  |              |
| h) Hostile       | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%; height: 20px;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  | Amicale      |
|                  |  |  |  |  |  |  |              |
| i) Stable        | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%; height: 20px;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  | Instable     |
|                  |  |  |  |  |  |  |              |
| j) Calme         | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%; height: 20px;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  | Agité        |
|                  |  |  |  |  |  |  |              |
| k) Etroit        | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%; height: 20px;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  | Large        |
|                  |  |  |  |  |  |  |              |
| l) Chaotique     | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%; height: 20px;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  | Harmonieux   |
|                  |  |  |  |  |  |  |              |
| m) Sécurisant    | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%; height: 20px;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  | Inquiétant   |
|                  |  |  |  |  |  |  |              |
| n) Utile         | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%; height: 20px;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  | Inutile      |
|                  |  |  |  |  |  |  |              |
| o) Déstabilisant | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%; height: 20px;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  | Soutenant    |
|                  |  |  |  |  |  |  |              |

*(Commentaires faits pour certains qualificatifs)* .....

Remerciements

### **Annexe 3: Liste des abréviations**

AI	Assurance Invalidité
ATCD	Antécédents
BI	Belle-Idée
BTC	Brief Therapy Center
CARE	programme pour patients souffrant d'une personnalité émotionnellement labile (Comportements Auto-dommageables et Régulation Emotionnelle)
CASS	Centres d'Action Sociale et de Santé
CPA-S	Clinique de Psychiatrie Adulte-Secteurs
CPS	Code Pénal Suisse
CPSU	Centre PsychoSocial Universitaire
CTB	Centre de Thérapies Brèves
Ctb02	Centres de Thérapies Brèves avant la réforme
Ctb04	Centres de Thérapies Brèves actuels
CTC	Centre Thérapeutique de Crise
CTJ	Centre Thérapeutique de Jour
DUMC	Division des Urgences Médico-Chirurgicales
ENV	entrées non-volontaires
EV	entrées volontaires
HC	Hôpital Cantonal
HCUG	Hôpital Cantonal Universitaire de Genève
HUG	Hôpital Universitaire de Genève
JADE	programme pour Jeunes Adultes avec troubles psychiques Debutants
MRI	Mental Research Institute
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
Sig kw	valeur du $\chi^2$ du test de Kruskal Wallis
SIT	Syndicat interprofessionnel de travailleurs
SSP/VPOD	Syndicat des services publics
UIME	Unité d'Informations Médicales et Economiques
UPHA	Unité de Psychiatrie Hospitalière Adulte
2JC	unité hospitalière d'observation et évaluation psychiatriques située à l'hôpital général, liée au service de psychiatrie des urgences

## IX. Références

- Anderson T. R., Bell C. C., Powell T. E., Williamson J. L., Blount M. A., Jr. (2004). Assessing psychiatric patients for violence. *Community Ment Health J* 40, 379-399.
- Andreoli A. (1986). *Crise et intervention de crise en psychiatrie*. Paris: SIMEP.
- Barras-Dorsaz A. M. (1985). Un mode de répression genevois au XVIIe et XVIIIe siècles : la maison de discipline. In: Lescaze (ed). *Sauver l'âme, nourrir le corps : de l'Hôpital général à l'Hospice général de Genève : 1535-1985*. Genève: Hospice général, p. 77-112.
- Biancosino B., Barbuï C., Pera V., Osti M., Rocchi D., Marmai L., Grassi L. (2004). Patient opinions on the benefits of treatment programs in residential psychiatric care. *Can J Psychiatry* 49, 613-620.
- Blumberg S. H. (2002). Crisis intervention program: an alternative to inpatient psychiatric treatment for children. *Ment Health Serv Res* 4, 1-6.
- Bollini P., Mollica R. (1989). Surviving without the asylum : an overview of the studies on the italian reform movement. *Journal of Nervous and Mental Disease* 177, 607-615.
- Bovier P. (1982). *De l'asile à la cité : histoire de la Clinique psychiatrique de Bel-Air et des transformations des domaines de la folie*. [Genève]: [Clinique psychiatrique de Bel-Air].
- Brenner H. B., Ferrero F., Association des professeurs titulaires de chaire (2000). *Situation actuelle et développement à venir de la psychiatrie et de la psychothérapie en Suisse : prise de position des représentants des institutions universitaires de la psychiatrie de l'adulte, de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de la médecine psychosociale = Aktuelle Lage und zukünftige Entwicklung der Psychiatrie und Psychotherapie in der Schweiz*. Genève: Imprimerie médecine et hygiène.
- Brulhart A. (2003). *De Bel-Air à Belle-Idée : 2 siècles de psychiatrie à Genève : tome 2 : 1950-2000*. Genève: Georg ; Hôpitaux universitaires de Genève.
- Burnand Y., Andreoli A., Kolatte E., Venturini A., Rosset N. (2002). Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv* 53, 585-590.
- Clervoy P. (1997). *Henri Ey : 1900-1977 : cinquante ans de psychiatrie en France*. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.
- Clinique de psychiatrie adulte II, secteur ouest (1995). Projet de service 1996-2000. In: Département de gériatrie, Département de médecine communautaire, Département de psychiatrie (eds). *Projets de service : 1996-2000 : adoptés par le comité de direction des Hôpitaux universitaires de Genève le 12 décembre 1995*. Genève: Hôpitaux universitaires de Genève, p. 158-187.
- Damsa C., Lazignac C., Izycka M., Cicotti A., Hourton G., Andreoli A. (2005). La psychiatrie à Genève: survol historique. *Ann Med Psychol* 163, 255-260.
- Dean C., Phillips J., Gadd E. M., Joseph M., England S. (1993). Comparison of community based service with hospital based service for people with acute, severe psychiatric illness. *BMJ* 307, 473-476.
- Faraggi P. (2004). Place de l'hospitalisation à plein temps en psychiatrie. *Information Psychiatrique* 80, 187-191.
- Fischer W., Goerg D. (2001). Aperçu du paysage du stress dans les hôpitaux : rapport des premiers résultats des entretiens en "focus groups". Genève: [s.n.].
- Foucault M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard.
- Geller J. L., Fisher W. H., McDermeit M. (1995). A national survey of mobile crisis services and their evaluation. *Psychiatr Serv* 46, 893-897.

- Giacomini V., Keizer I., Croquette P., Ferrero F. (2001). Image de la psychiatrie. Sondage sur les représentations de la maladie psychique et de la psychiatrie. *Med Hyg (Genève)* 2360, 1794-1798.
- Grunfeld E., Zitzelsberger L., Coristine M., Whelan T. J., Aspelund F., Evans W. K. (2005). Job stress and job satisfaction of cancer care workers. *Psychooncology* 14, 61-69.
- Guo S., Biegel D. E., Johnsen J. A., Dyches H. (2001). Assessing the impact of community-based mobile crisis services on preventing hospitalization. *Psychiatr Serv* 52, 223-228.
- Guy W. (1976). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology (publication ADM 76-338)*. Washington, DC: US Department of Health, Education, and Welfare.
- Hasin D. S., Goodwin R. D., Stinson F. S., Grant B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 62, 1097-1106.
- Helmer C., Montagnier D., Peres K. (2004). Epidémiologie descriptive, facteurs de risque, étiologie de la dépression du sujet âgé. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2 Suppl 1, S7-12.
- Henderson C., Phelan M., Loftus L., Dall'Agnola R., Ruggeri M. (1999). Comparison of patient satisfaction with community-based vs. hospital psychiatric services. *Acta Psychiatr Scand* 99, 188-195.
- Holzinger A., Beck M., Munk I., Weithaas S., Angermeyer M. C. (2003). Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht schizophrener und depressiv Erkrankter. *Psychiatr Prax* 30, 395-401.
- Hôpitaux universitaires de Genève, Comité de direction (2000a). Avis du Comité de direction suite au rapport de la commission d'experts sur la situation de la psychiatrie adulte à Genève. (Document interne).
- Hôpitaux universitaires de Genève, Commission d'experts (2000b). Situation de la psychiatrie adulte à Genève : rapport : 12 janvier 2000. (Document interne).
- Hôpitaux universitaires de Genève, Clinique de psychiatrie adulte, Groupe de réflexion no 2 (2001a). Rapport final du groupe de réflexion no 2 sur la "sectorisation et articles 43-44" dans le cadre du processus de préparation au projet de réforme : 26 avril 2001. (Document interne).
- Hôpitaux universitaires de Genève, Clinique de psychiatrie adulte-Secteurs (2001b). Projet de service 2 : 2002-2006. (Document interne).
- Hôpitaux universitaires de Genève, Conseil d'administration (2001c). Protocole de décision du conseil d'administration des HUG relatif à la réforme du département de psychiatrie des HUG du 29 juin 2001. (Document interne).
- Hôpitaux universitaires de Genève, Groupe paritaire (2001d). Réforme du Département de psychiatrie : position du groupe paritaire sur les préavis du comité de pilotage relatifs aux rapports finaux des groupes projets de service : 18 mai 2001. (Document interne).
- Hôpitaux universitaires de Genève, Clinique de psychiatrie adulte-Secteurs, Groupe de suivi CTB (2003-2005). Points de repère. (Document interne).
- Hôpitaux universitaires de Genève, Clinique de psychiatrie adulte-Secteurs (2003a). Fonctionnement des Centres de thérapies brèves (CTB) à partir du 10 juin 2003 : note de service. (Document interne).
- Hôpitaux universitaires de Genève, Clinique de psychiatrie adulte-Secteurs (2003b). Compte rendu des journées de réflexion de la psychiatrie adulte sur les CTB : 11 et 12 avril 2003. (Document interne).
- Hôpitaux universitaires de Genève, Clinique de psychiatrie adulte-Secteurs (2004). Fonctionnement des Centres de thérapies brèves (CTB) à partir du 5 avril 2004 : note de service. (Document interne).
- Institut Gregory Bateson (2006). *Thérapie brève - Institut Gregory Bateson*. <http://www.igb-mri.com>. (consulté le 10 janvier 2006).

- Klein A.-F., Cabinet de thérapie brève, (Ecole de Palo Alto) (2006). *La thérapie brève*. <http://www.therapiebreve.be/>. (consulté le 10 janvier 2006).
- Legnay D. (2004). Dynamique et organisation du soin en hospitalisation à plein temps : faudra-t-il réinstaller des lits ? *Information Psychiatrique* 80, 197-202.
- Linden M., Kemming M. (2000). Vergleich des Aufgabenspektrums eines kommunalen psychiatrischen Notfalldienstes und einer Notfallambulanz an einer psychiatrischen Klinik. *Psychiatr Prax* 27, 406-411.
- Lindholm H. (1983). Sectorized psychiatry. A methodological study of the effects of reorganization on patients treated at a mental hospital. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 304, 1-127.
- Mann C. E., Himelein M. J. (2004). Factors associated with stigmatization of persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 55, 185-187.
- Merson S., Tyrer P., Carlen D., Johnson T. (1996). The cost of treatment of psychiatric emergencies: a comparison of hospital and community services. *Psychol Med* 26, 727-734.
- Noble R. E. (2005). Depression in women. *Metabolism* 54, 49-52.
- Organisation mondiale de la santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Paykel E. S., Brugha T., Fryers T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 15, 411-423.
- Pélicier Y. (1976). *Histoire de la psychiatrie*. Paris: Presses universitaires de France.
- Perneger T. V. (2004). Adjustment for patient characteristics in satisfaction surveys. *Int J Qual Health Care* 16, 433-435.
- Piel E., Roelandt J. L. (2001). De la psychiatrie vers la santé mentale : rapport de mission.
- Postel J. (1994). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris: Dunod.
- Rerat D. (1974). *A propos d'une expérience de psychiatrie de secteur*. Genève: Impr. de la Tribune. (Thèse de médecine. Université de Genève, 1973).
- Ritsher J. B., Phelan J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res* 129, 257-265.
- Ruesch P., Miserez B., Hell D. (2003). Gibt es ein Taterprofil des aggressiven Psychiatrie-Patienten? *Nervenarzt* 74, 259-265.
- Scheibe S., Preuschhof C., Cristi C., Bagby R. M. (2003). Are there gender differences in major depression and its response to antidepressants? *J Affect Disord* 75, 223-235.
- Scott R. L. (2000). Evaluation of a mobile crisis program: effectiveness, efficiency, and consumer satisfaction. *Psychiatr Serv* 51, 1153-1156.
- Sealy P., Whitehead P. C. (2004). Forty years of deinstitutionalization of psychiatric services in Canada: an empirical assessment. *Can J Psychiatry* 49, 249-257.
- Sloan D. M., Kornstein S. G. (2003). Gender differences in depression and response to antidepressant treatment. *Psychiatr Clin North Am* 26, 581-594.
- Swanson J. W., Holzer C. E., 3rd, Ganju V. K., Jono R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 41, 761-770.
- Thornicroft G., Tansella M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 185, 283-290.
- Zbinden E., Goerg D., Garin C., Bétrisey C. (2004). Discrimination et stigmatisation des handicapés: leur impact sur les différentes sphères de la vie. *Handicap et Politique* 4 ([www.agile.ch](http://www.agile.ch)).