

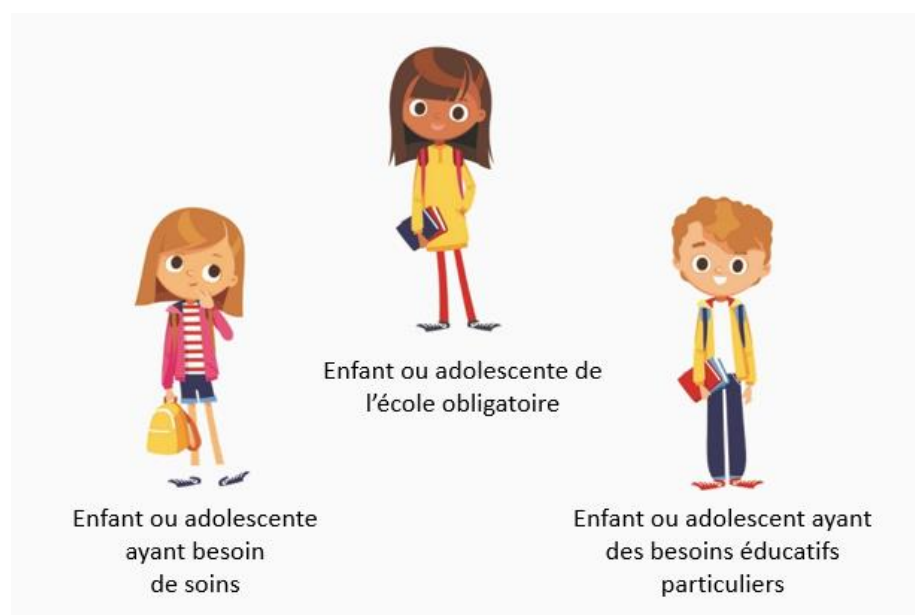
Mandat des secrétariats généraux du

Département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse (DIP)

Département de la sécurité, de la population et de la santé (DSPS)

Rapport CHUV – CSPS

Analyse sur l'organisation des prestations de pédopsychiatrie, psychologie scolaire et pédagogie spécialisée du canton de Genève



Prof. Kerstin von Plessen

Cheffe du service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA)

Cheffe du département de psychiatrie du CHUV

Dr Romain Lanners

Directeur du centre suisse de pédagogie spécialisée (CSPS)

Lausanne/Berne, le 17 mars 2023

Mandat

Le canton de Genève a la particularité d'avoir deux services distincts de pédopsychiatrie publique et l'un de ces services fait partie d'un office réunissant en son sein la pédopsychiatrie ambulatoire et le domaine de la pédagogie spécialisée.

- L'office médico-pédagogique (OMP) du département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse (DIP) est responsable de la pédopsychiatrie ambulatoire généraliste (avec logopédie et psychomotricité), d'un foyer thérapeutique, de deux foyers de pédagogie spécialisée et d'écoles et de classes de pédagogie spécialisée (où intervient également du personnel thérapeutique). Par ailleurs, il détache du personnel thérapeutique (psychologues, logopédistes, psychomotriciens) et pédagogique (enseignants spécialisés et éducateurs) dans les établissements de l'enseignement régulier du canton. L'OMP est ainsi organisé en deux domaines ou pôles : thérapeutique (ou médico-psychologique) et pédagogique. À noter que depuis 2019, le pôle thérapeutique de l'OMP a été privé de sa direction médicale unique et divisé en deux services, plus ou moins interdépendants : le service de pédopsychiatrie ambulatoire et le service de psychologie.
- Le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SPEA) des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) est responsable du secteur pédopsychiatrique hospitalier et de certains domaines ambulatoires spécifiques (préscolaire, liaison-hospitalière, crise suicidaire, troubles alimentaires, hôpitaux de jour).

Dans ce cadre, le département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse (DIP) et le département de la sécurité, de la population et de la santé (DSPS) souhaitent une analyse sur l'organisation des prestations de pédopsychiatrie, psychologie scolaire et pédagogie spécialisée du canton de Genève, avec pour objectif une amélioration des prestations aux enfants et aux jeunes dans ce domaine.

Dans cette perspective, et considérant le contexte genevois spécifique, le DIP et le DSPS ont mandaté la Prof. Kerstin von Plessen, cheffe du service universitaire de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) et du département de psychiatrie du CHUV et le Dr Romain Lanners, directeur du centre suisse de pédagogie spécialisée (CSPS), afin de :

- réaliser une analyse de l'organisation et de la qualité des prestations, notamment de la collaboration et des articulations entre les pôles thérapeutiques et pédagogiques de l'OMP, voire avec l'enseignement régulier, ainsi qu'entre les services de l'OMP et du SPEA (gouvernance, organisation, ressources, prestations) ;
- évaluer les opportunités et risques du changement d'organisation, soit en cas de transfert des prestations de pédopsychiatrie ambulatoire de l'OMP vers les HUG ;
- énoncer les conditions et modalités de réalisation du transfert afin de mettre en place une organisation des services et des prestations à même de répondre au mieux aux besoins des enfants et des jeunes et garantir une prise en charge intégrée et collaborative des enfants et de leurs familles.

Abréviations

AI	Assurance invalidité
AICPS	Accord intercantonal sur la collaboration dans le domaine de la pédagogie spécialisée (C 1 08)
BEP	Besoins éducatifs particuliers
CDIP	Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique
CDPH	Convention relative aux droits des personnes handicapées
CE	Conseil d'Etat de Genève
CE-FR	Conseil d'Etat de Fribourg
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CIIP	Conférence intercantonale de l'instruction publique de la Suisse romande et du Tessin
CIPA	Centre d'intervention précoce en autisme
CLI	Classe d'intégration
CLIM	Classe intégrée mixte
CMP	Centre médico-pédagogique
CO	Cycle d'orientation
CSPS	Centre suisse de pédagogie spécialisée
Cst	Constitution fédérale de la Confédération Suisse
DESI	Directeur d'établissements spécialisés et d'intégration
DGEO	Direction générale de l'enseignement obligatoire
DGES II	Direction générale de l'enseignement secondaire II
DIP	Département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse
DSPS	Département de la sécurité, de la population et de la santé
EA	Agence européenne pour l'éducation adaptée et inclusive
EcPs	Ecole de pédagogie spécialisée
EO	Enseignement obligatoire
EPS	Education précoce spécialisée
ETP	Équivalent temps plein
FPA	Fondation Pôle Autisme
Harpej	Harmonisation de la protection des enfants et jeunes de l'enfance et de la jeunesse
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
JADE	Jeunes adultes avec troubles psychiques débutants (HUG-Psy adulte)
LIP	Loi sur l'instruction publique (C 1 10)
MEA	Maison de l'enfance et de l'adolescence
MER	Moyens d'enseignement romands
OEJ	Office de l'enfance et de la jeunesse
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral de la statistique
OMP	Office médico-pédagogique
ONU	Organisation des Nations unies
PEI	Projet éducatif individualisé
PER	Plan d'études romand
PES	Procédure d'évaluation standardisée
RPSpéc	Règlement sur la pédagogie spécialisée (C 1 12.05)
RPT	Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons
SEI	Service éducatif itinérant
SMP	Service médico-pédagogique
SPEA	Service de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent-(HUG)
SPG	Société pédagogique genevoise
SPMi	Service de protection des mineurs
SRED	Service de la recherche en éducation
SUPEA	Service universitaire de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
TSA	Troubles du spectre de l'autisme
TCA	Troubles du comportement alimentaire
UNESCO	Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture

Résumé

La planification sanitaire du Conseil d'Etat de Genève (CE, 2019, p. 4) considère qu'une stratégie de psychiatrie communautaire peut permettre d'éviter une augmentation des lits et des hospitalisations en améliorant la prise en charge par le soutien au rétablissement et l'intégration dans la communauté.

Toutefois, un clivage important existe depuis des décennies entre la psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent hospitalière et l'ambulatoire, puisque les deux se trouvent dans des départements différents, avec des directions éloignées et des visions et missions différentes. Le présent mandat porte sur la question d'un rattachement de l'activité ambulatoire de l'office médico-pédagogique (OMP) au service de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SPEA-HUG).

Ce rattachement pourrait, selon l'analyse faite dans ce rapport, améliorer la prise en charge des jeunes ayant des problèmes de santé mentale à Genève. Cette évolution mettrait fin à la distance dans un système clivé entre plusieurs acteurs qui a non seulement empêché la prise en charge ambulatoire de crise, la continuité des soins et l'évolution des consultations spécialisées, mais aussi la mise en place des structures « intermédiaires » et la chaîne de soins. Ces offres sont en large partie absentes à Genève, où un « *stepped care model* » avec des offres psychiatriques de proximité intermédiaires n'existe actuellement pas pour la jeune population. Ceci, bien que l'effet clinique et l'efficacité de telles prestations soient établis au niveau national et international. Compte tenu de la séparation organisationnelle entre l'offre hospitalière et l'offre ambulatoire ainsi que du sous-financement de telles prestations au sein du système de santé suisse, il y avait jusqu'à présent peu d'incitations à développer des offres intermédiaires et à les mettre en œuvre de manière coordonnée, surtout au vu du clivage entre les responsabilités dans deux différents systèmes, le système médical et le système scolaire.

Du point de vue de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, l'école est un lieu promotion de la santé globale, par le renforcement des compétences, de sensibilisation et la promotion de facteurs protecteurs pour la santé mentale des enfants et des adolescents, mais aussi un lieu de prévention et d'orientation ainsi qu'un lieu de dépistage précoce de maladies psychiques. Il convient de poursuivre les efforts de collaboration des soignants avec les établissements scolaires pour garantir une interface de l'école avec les soins pédopsychiatriques par des *équipes mobiles bas seuil en santé mentale* envoyées dans les établissements scolaires.

La création de l'OMP en 2011 par la fusion de l'enseignement spécialisé avec le service médico-pédagogique (SMP) a apparemment conduit à une forte augmentation de la séparation des élèves rencontrant des difficultés d'apprentissage, des troubles du comportement ou des déficiences diverses du système scolaire régulier vers des classes particulières ou des classes dans les écoles spécialisées.

Le présent rapport identifie une proposition de changement structurel au niveau de l'OMP visant à renforcer la politique actuelle de l'inclusion scolaire du canton de Genève. La piste proposée consiste à séparer les prestations de consultations psychiatriques de celles de la pédagogie spécialisée en milieu scolaire (logopédie, psychologie scolaire, psychomotricité). Les consultations psychiatriques se verraient rattachées au SPEA-HUG, permettant ainsi à l'OMP de se recentrer sur sa mission première, la pédagogie spécialisée.

Ce transfert nécessitera un soutien au niveau politique, un accompagnement et une implication des acteurs clés, une communication appropriée auprès des collaborateurs concernés ainsi qu'une transformation de l'OMP vers un service de pédagogie spécialisé transversal aux directions générales de l'enseignement. Les parents et les jeunes doivent être impliqués dans ces changements, car une telle implication manque en grande partie à ce jour. Il sera indispensable de chiffrer plus en détail les dotations nécessaires et d'accorder un soutien financier important afin de se rapprocher des ressources qui sont mises à disposition dans d'autres cantons dans le domaine de la santé mentale des jeunes et de la pédagogie spécialisée.

Le présent rapport détaille les principaux risques identifiés découlant de ce changement très complexe, qui vise finalement à aboutir à une amélioration significative de l'organisation entière de la prise en charge des jeunes du canton de Genève (formation et santé).

Recommandations

Rattachement de l'ambulatorio au SPEA-HUG

- Ce rapport propose un transfert des ambulatoires de l'OMP au SPEA en préservant une interface importante avec le dispositif de l'école et le maintien des consultations de secteur avec leur structure pluridisciplinaire (assistants sociaux, logopédistes et psychomotriciens).
- La mise en place d'un accès unique et transparent pour l'orientation et l'accueil en ambulatorio est recommandé ainsi que les plages de crise et l'accès aux listes d'attentes des consultations générales et une création des équipes/consultations spécialisées qui travaillent main dans la main avec des consultations générales, afin de contribuer à une mise en place des pratiques actuelles.
- Ce rattachement permettra également la mise en place d'un dispositif de crise dans le système et avec le temps de mettre en place des structures intermédiaires.

Besoin de la pédagogie spécialisée

- Les besoins de la pédagogie spécialisée (psychologie scolaire, logopédie et psychomotricité) seront couverts par des *équipes ressources spécialisées* qui seront déployées à l'intérieur des établissements scolaires de l'enseignement obligatoire et postobligatoire et placées sous la responsabilité des directions des établissements.
- Ces nouvelles équipes ressources spécialisées représentent une transformation des équipes pluridisciplinaires actuelles, par un recentrage sur les domaines de la pédagogie et de l'éducation ainsi que par une diversification des tâches des spécialistes, allant du conseil et du soutien actuels aux interventions directes groupales ou individuelles auprès des élèves.

Besoin concernant la santé mentale et interface entre école et soin

- Une deuxième équipe avec des missions concentrées sur les problèmes de santé mentale, les équipes mobiles (« Équipes mobiles bas seuil en santé mentale » (EMBS-SM)) assumeront les missions liées à la santé mentale des enfants et adolescents et constitueront le lien entre l'école et le monde médico-psychologique. Ces équipes pourraient travailler sous la responsabilité du DSPS (modèle 1) ou le DIP (OEJ) (modèle 2).

Service de pédagogie spécialisée transversal

- Le recentrage de l'OMP sur sa mission première, le scolaire, demandera une réorganisation exigeante et complexe de cet office. La création d'un service de pédagogie spécialisée transversal aux directions générales de l'enseignement obligatoire et postobligatoire permettra de renforcer l'inclusion scolaire à Genève. Un service transversal réduit les risques du travail en silo et assurera la continuité des mesures de soutien des élèves lors des transitions entre les différents cycles de formation (primaire, secondaire I et secondaire II).

Terminologie

1) Offre en soins - prestations de la psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent :

La spécialité comprend un grand nombre d'intervenants et se concentre sur la prévention de la santé mentale, ainsi qu'une évaluation large du contexte, le diagnostic, ainsi que le traitement des troubles mentaux chez les enfants, les adolescents et leurs familles dans un travail pluridisciplinaire. Elle vise à identifier des facteurs biopsychosociaux qui influencent la situation de l'enfant et l'évolution des troubles dans une approche développementale. Les psychiatres et psychothérapeutes de l'enfant et de l'adolescent (médecins et psychologues) utilisent principalement la psychothérapie (les trois axes) et/ou les médicaments pour traiter les problèmes de santé mentale. À noter que l'évolution de cette spécialité se focalise de plus en plus sur des évaluations et interventions qui ont lieu dans le contexte de l'enfant (ambulatoire avant hôpital), car avec une approche holistique on inclut aussi la famille et les proches de l'enfant et adolescent, ainsi que les partenaires et leur entourage, comme l'école.

2) Offre en psychologie scolaire :

L'association intercantonale des responsables des services cantonaux de psychologie scolaire définit la psychologie scolaire de la manière suivante (cf. AIR-SPS, 2014, p. 1-2) :

« La psychologie scolaire œuvre pour l'épanouissement psychique, intellectuel et social des enfants et adolescents et pour le soutien de l'école dans la réalisation de son mandat d'instruction et d'éducation. La psychologie scolaire met ses connaissances et capacités spécifiques au service de l'école, des enfants et adolescents et de leurs parents. Son approche est à la fois systémique et individuelle ; elle fournit des contributions aux améliorations visées en fonction du cas : optimisation des développements, adaptation de la promotion accordée, modifications du comportement, maîtrise d'évènements spéciaux et de situations difficiles, mesures destinées à préserver des enfants de développements nocifs. »

3) Offre en pédagogie spécialisée :

L'offre en pédagogie spécialisée est définie dans l'article 4 de l'accord intercantonal sur la collaboration dans le domaine de la pédagogie spécialisée (AICPS) de 2007 auquel le Grand Conseil genevois adhère en décembre 2008 (CDIP, 2020) :

« L'offre de base en pédagogie spécialisée comprend le conseil et le soutien, l'éducation précoce spécialisée, la logopédie et la psychomotricité, des mesures de pédagogie spécialisée dans une école ordinaire ou dans une école spécialisée, ainsi que la prise en charge en structures de jour ou à caractère résidentiel dans une institution de pédagogie spécialisée » (AICPS, 2007, art. 4).

Les différentes offres en pédagogie spécialisée sont individuellement définies dans la terminologie uniforme (CDIP, 2007a) qui est un des trois instruments de l'AICPS.

4) École inclusive :

La définition de l'école inclusive du canton de Genève s'oriente aux principes directeurs pour l'inclusion dans l'éducation de l'UNESCO (2009) :

*« L'école inclusive vise à offrir à **chaque enfant** l'environnement scolaire le plus adapté à ses particularités individuelles. Quels que soient ses besoins, son handicap, son talent, son origine et ses conditions de vie économiques et sociales, l'élève doit ainsi pouvoir maximiser son potentiel » (DIP, 2023a).*

Cette définition englobe tous les enfants et adolescents, qu'ils aient ou non des besoins éducatifs particuliers et/ou des besoins de soins.

Table des matières

Mandat.....	2
Abréviations.....	3
Résumé	4
Terminologie.....	7
Table des matières.....	8
Introduction et périmètre du mandat.....	9
A) L'organisation et la qualité des prestations.....	11
B) Évaluer les opportunités et risques du changement d'organisation	23
B1) Opportunités	23
Opportunités pour la population jeune genevoise.....	23
Opportunités pour l'OMP	25
Opportunités pour le SPEA	26
B2) Analyse des risques	30
Risques pour la population jeune genevoise.....	30
Risques pour l'OMP.....	31
Risques pour le SPEA.....	31
C) Élaboration des conditions et modalités.....	33
C1) Conditions au sein du SPEA-HUG	33
C2) Conditions au sein des établissements scolaires	35
C3) Interfaces entre les différents partenaires qui entourent l'enfant et la famille et l'accès aux soins.....	40
Conclusions.....	44
Annexes.....	45
1) Liste des entretiens	45
2) Bref aperçu de l'histoire de la prise en charge de l'enfant différent en Suisse	46
3) Statistique de la pédagogie spécialisée.....	49
4) Opportunités pour l'organisation des ressources de pédagogie spécialisée dans les établissements scolaires réguliers.....	53
5) Organisation de l'offre en pédagogie spécialisée (enseignement spécialisé, logopédie et psychomotricité) dans l'espace latin	57
6) Risques identifiés et les questionnements de la commission du personnel de l'OMP (novembre 2022)	59
Bibliographie.....	62
Table des illustrations.....	66
Les figures.....	66
Les tableaux.....	66

Introduction et périmètre du mandat

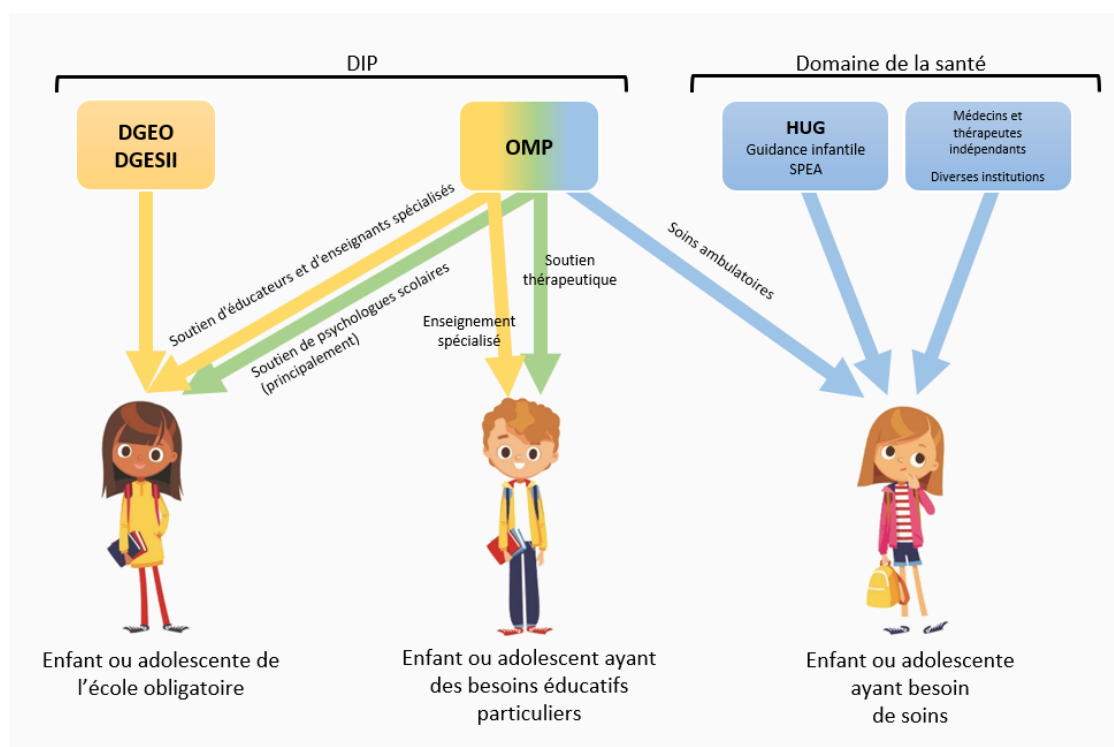
La présente analyse s'articule autour des trois axes du mandat du DSPS et du DIP, à savoir (a) l'analyse de l'organisation et de la qualité des prestations des pôles thérapeutique et pédagogique, (b) l'évaluation des opportunités et des risques du changement d'organisation et (c) l'élaboration des conditions et des modalités d'une réorganisation des services et des prestations.

Le mandat vise dans son approche à se concentrer sur les enjeux généraux (question 1) permettant de répondre aux questions 2 et 3, qui constituent le cœur de ce mandat. Les enjeux entre l'OMP et les HUG concernant la collaboration et l'articulation entre les secteurs thérapeutiques et pédagogiques de l'OMP ainsi qu'entre les services de l'OMP et du SPEA-HUG sont nombreux et dépasseraient le cadre du présent mandat.

Notre mandat se concentre donc sur la partie des soins ambulatoires et la question d'un transfert. Comme ce transfert entrainera des répercussions sur d'autres parties du paysage de la pédopsychiatrie et de l'OMP, nous nous pencherons dans ce mandat également sur un périmètre plus large, mais toujours en gardant à l'esprit la question principale du rattachement des services ambulatoires aux SPEA-HUG.

Cela signifie que ce mandat ne répondra pas (ou seulement de manière périphérique) à la question de l'organisation des soins dans les autres structures qui se situent entre les soins et l'éducation spécialisée, ainsi qu'aux situations souvent complexes des jeunes suivis par le SPMi. Ce mandat n'abordera pas l'organisation de la pédagogie spécialisée au sens large au sein du canton, mais aura pour seule mission d'analyser les conséquences d'un changement de rattachement des soins ambulatoires sur l'organisation des mesures de pédagogie spécialisée (logopédie et psychomotricité) au sein des écoles et sur la question de savoir quels sont les soins nécessaires dans le milieu scolaire, complémentaires aux interventions déjà existantes (comme les infirmiers du service de santé de l'enfance et de la jeunesse ou encore les psychologues du cycle d'orientation).

Figure 1: Périmètre du mandat - analyse des soins ambulatoires



(cf. DIP, 2023b, p.19)

Nous avons effectué une étude des documents et des statistiques disponibles, ceci a été complété par des rencontres avec des personnes en charge des prestations de l'OMP, et dans une moindre mesure avec le SPEA-HUG. En outre, un échange sur place avec deux consultations (Les Pâquis et Carouge) et la visite d'une école spécialisée (EcPs) ont été réalisés. La liste complète des personnes sollicitées se trouve en annexe 1 (p. 45). Nous avons également rencontré la commission du personnel de l'OMP, les syndicats et deux représentants des parents d'élèves. Ce travail a été en grande partie coordonné par le secrétariat de l'OMP. Nous le remercions ainsi que toutes les personnes impliquées qui ont accepté de partager leur vécu, leurs attentes et leurs réflexions, tous dans l'esprit de créer une prise en charge intégrée et collaborative des enfants et de leurs familles.

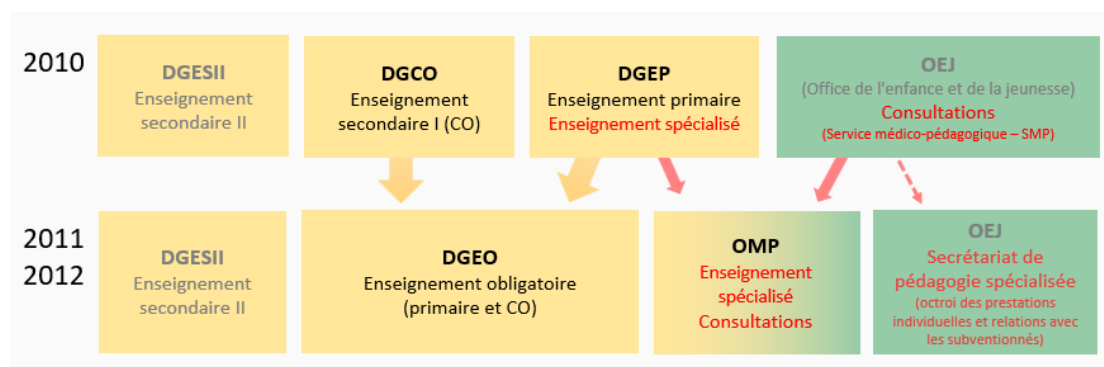
A) L'organisation et la qualité des prestations

Réaliser une analyse de l'organisation et de la qualité des prestations, notamment de la collaboration et des articulations entre les pôles thérapeutiques et pédagogiques de l'OMP, voire avec l'enseignement régulier, ainsi qu'entre les services de l'OMP et du SPEA-HUG

Organisation de l'OMP

L'office médico-pédagogique (OMP) est né en 2011 par la fusion du service médico-pédagogique de l'office de l'enfance et de la jeunesse (OEJ) et du service de l'enseignement spécialisé qui était attaché à la direction de l'enseignement obligatoire primaire. Cette réorganisation s'est faite dans le cadre de la cantonalisation de la pédagogie spécialisée avec le retrait de l'assurance de l'invalidité (AI) du domaine de la formation spécialisée (0-20 ans)¹.

Figure 2 : Création de l'OMP en 2011-2012



(cf. DIP, 2023b, p.16)

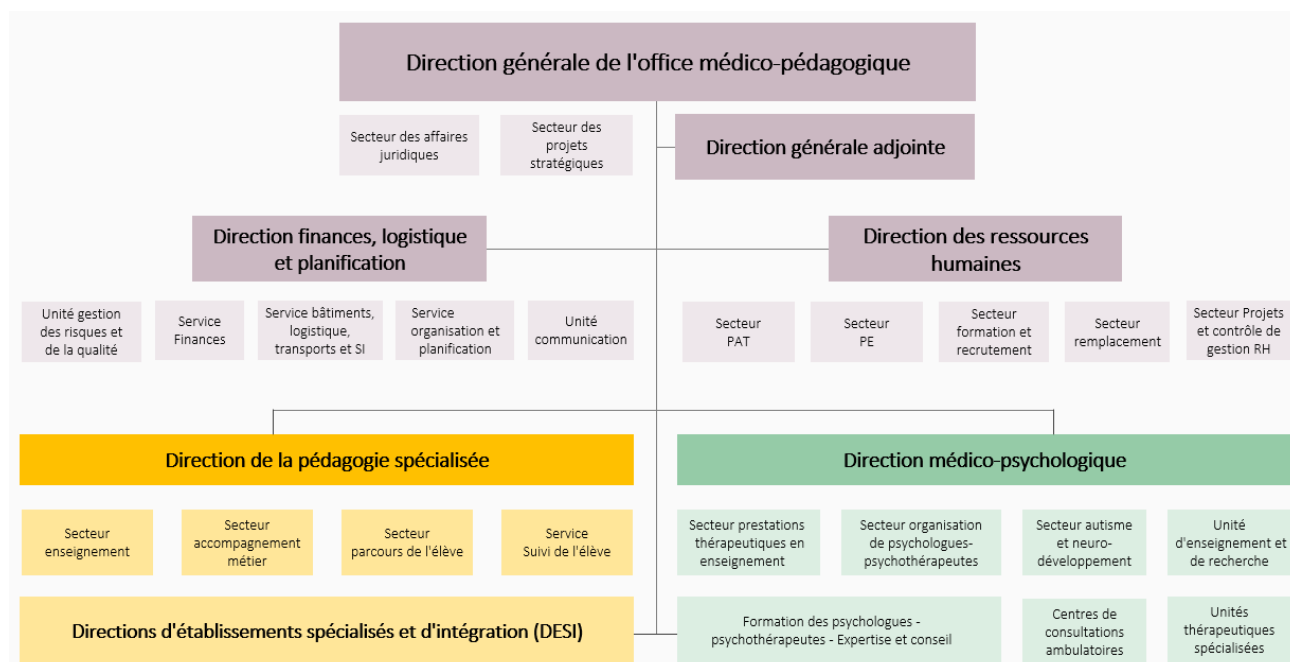
L'OMP œuvre selon quatre missions principales (DIP, 2023c) :

- Enseigner : en délivrant des prestations de pédagogie spécialisée à chaque élève présentant des troubles, des besoins éducatifs particuliers ou en situation de handicap.
- Soutenir et conseiller : en proposant des mesures de soutien aux élèves dans l'enseignement régulier et en favorisant des actions de prévention.
- Soigner : en répondant aux besoins de soins des enfants et des jeunes et en proposant des actions de prévention de la santé psychique.
- Former : en dispensant une formation postgrade de psychiatrie et de psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent.

L'OMP accomplit ses missions en faveur des enfants et des jeunes présentant des troubles d'apprentissage, des troubles psychologiques, des troubles du langage, des affections nerveuses, sensorielles ou motrices. L'Office offre également une aide dans les cas de polyhandicap, de troubles sensoriels comme la cécité ou de troubles complexes comme l'autisme.

¹ L'annexe 2 (p. 46) donne un aperçu du développement historique de la prise en charge des enfants et des adolescents en difficultés en Suisse

Figure 3 : Organigramme de l'OMP au 1.1.2023



Les activités de l'OMP s'articulent autour du pôle de la pédagogie spécialisée et du pôle médico-psychologique.

Au 15.11.2022 (DIP-SRED, 2022), 2'604 élèves genevois ont bénéficié des dispositifs de la pédagogie spécialisée, dont

- 491 élèves dans des dispositifs inclusifs, principalement dans une classe régulière (19 %) ;
- 891 dans des dispositifs intégratifs, c'est-à-dire dans une classe intégrée dans une école ordinaire (34 %) ;
- 1'220 dans un dispositif en site propre, en d'autres termes une école spécialisée (46 %).

Genève dispose de 119 structures d'enseignement spécialisé, dont 50 classes intégrées de 7 à 18 enfants chacune, 52 écoles spécialisées (en site propre) de 10 à 49 enfants chacune et comportant chacune d'une à trois classes ainsi que 17 structures subventionnées dont une classe intégrée et 16 écoles spécialisées au sein des institutions partenaires (Fondation Ensemble, Fondation Clair-Bois, Fondation Astural, Fondation SGIPA, École de l'Arc, Voie Lactée, École protestante d'altitude).

Environ 19 % des élèves ayant des besoins éducatifs particuliers reconnus (déterminés par la procédure d'évaluation standardisée, PES, cf. CDIP, 2007b) sont inclus dans une classe régulière, 34 % dans une classe intégrée dans une école ordinaire et les 47 % restants dans une classe d'une école spécialisée. 511 élèves de l'enseignement spécialisé sont scolarisés dans une structure subventionnée par le canton (20 %).

Tableau 1 : Effectifs de la pédagogie spécialisée (y compris soutien), public et subventionné, par type de dispositif au 15.11.2022

	Total (élèves)	Pourcentage
Dispositifs inclusifs		
Soutien pédagogique en enseignement spécialisé (SPES)	372	14.3 %
Centre de compétences en surdité (CCS)	39	1.5 %
Centre de compétences pour déficits visuels (CCDV)	28	1.1 %
Classes intégrées mixtes primaires (CLIM EP)	45	1.7 %
Classe intégrée mixte CO (CLIM CO)	7	0.3 %
Total	491	18.9 %
Dispositifs intégratifs		
Classes intégrées primaires (hétérogènes)	376	14.4 %
Classes intégrées primaires (DI/TSA)	200	7.7 %
Classes intégrées d'institutions subventionnées - primaire (DI/TSA)	15	0.6 %
Classes intégrées - CO	218	8.4 %
Classes intégrées à l'ACCES II	15	0.6 %
Classes intégrées - CCS	28	1.1 %
�coles de formation pr�fessionnelle (ECFP)	39	1.5 %
Total	891	34.2 %
Dispositifs en site propre		
�coles de pédagogie spécialisées (ECPS)	672	25.8 %
�cole d'orientation et de formation pratique (ECOFFP)	49	1.9 %
Institutions subventionnées	496	19.0 %
Scolarit�s ES hors canton	5	0.2 %
Total	1'222	46.9 %
Total effectif Enseignement spécialisé (y compris soutien)	2'604	100.0 %

(DIP-SRED, 2022)

Le pôle enseignement spécialisé de l'OMP est second  par le pôle médico-psychologique. Ce dernier regroupe 12 consultations (10 de secteur et 2 spécialisées pour les adolescents) et un ensemble de prestations pédopsychiatriques dans le secteur urgence, hôpital de jour et centre thérapeutique de jour, le secteur autisme et neurodéveloppement ainsi que les prestations de prévention précoce pour l' cole obligatoire et le secondaire II. Le pôle médico-psychologique est complété par une unité d'évaluation et une unité d'enseignement et de recherche.

En 2021, les 12 consultations de l'OMP (avec 130.4 équivalents temps plein, EPT) ont réalisé 77'110 séances d'évaluation ou de traitement (DIP, 2023), dont environ 85 % étaient pour les élèves de l' cole régulière et 15 % pour ceux de l'enseignement spécialisé (DIP, 2023b).

En 2022, l'OMP comptait 1'381 collaborateurs (1'025.61 EPT), dont 463 enseignants spécialisés, 456 éducateurs, 159 psychologues, 62 logopédistes, 31 pédopsychiatres, 30 psychomotriciens, 16 infirmiers, 7 assistants sociaux ainsi que des assistants socioéducatifs en cours de recrutement (DIP, 2023b, p. 15). Le tableau suivant ventile les EPT des intervenants sur le terrain selon les professions et les structures de l'OMP (pôle enseignement spécialisé et pôle médico-psychologique) ; il ne fait pas état du personnel de la direction de l'OMP (cadres, collaborateurs scientifiques ou administratifs et autres) :

Tableau 2 : La dotation en personnel selon les professions et les structures de l'OMP (EPT)

EPT au 15.11.2022	Enseignants spécialisés	Éducateurs	Psychologues-psychothérapeutes	Logopédistes	Encadrement	Gardien de nuit et Personnel de maison	Psychomotriciens	Personnel administratif	Infirmiers	Médecins (pédopsychiatres)	Assistants sociaux	TOTAL
Pôle pédagogie spécialisée												
Dispositifs inclusifs	96.9	84.4	8.8	6.7	2.6	0.3	1.6	0.9	0.0	0.0	0.0	202.2
Dispositifs intégratifs	131.2	60.5	10.4	4.9	0.0	0.3	3.5	0.0	0.0	0.3	0.0	210.9
Dispositifs en site propre	118.4	189.9	9.7	9.8	14.3	16.2	8.9	6.4	5.7	4.3	0.3	383.9
Total EPT	346.5	334.7	28.9	21.4	16.9	16.7	14.0	7.3	5.7	4.6	0.3	796.9
Pôle médico-psychologique												
Consultations	0.0	0.0	60.1	19.9	0.0	0.0	7.9	12.9	0.0	24.6	5.2	130.4
Autres dispositifs médico-psychologiques	0.0	6.9	20.8	0.0	0.8	2.3	0.3	0.1	9.0	3.9	0.5	44.5
Total EPT	0.0	6.9	80.8	19.9	0.8	2.3	8.1	13.0	9.0	28.5	5.7	174.9
Total EPT OMP	346.5	341.6	109.7	41.3	17.7	19.0	22.1	20.3	14.7	33.0	6.0	971.8
Répartition selon les pôles												
Pôle pédagogie spécialisée	100%	98%	26%	52%	95%	88%	63%	36%	39%	14%	5%	82%
Pôle médico-psychologique	0%	2%	74%	48%	5%	12%	37%	64%	61%	86%	95%	18%

(DIP-SRED, 2022)

Sur les 971.8 EPT du personnel de « terrain » de l'OMP, 18 % travaillent dans le pôle médico-psychologique et les 82 % restants dans le pôle de l'enseignement spécialisé.

Il existe encore un autre domaine avec une interaction importante entre soignants et enseignements, notamment les centres d'intervention précoce en autisme (CIPA), qui ne seront pas discutés dans ce rapport, car ils ne font pas partie des consultations. Toutefois, il est important de connaître leur organisation et les raisons pour lesquelles leur maintien au département de l'enseignement semble plus adéquat.

Dans le domaine préscolaire, soit de la naissance jusqu'à deux ans après la rentrée scolaire (1-2H), Genève dispose de quatre dispositifs de prise en charge des très jeunes enfants ayant des besoins particuliers : Le service éducatif itinérant (SEI) de la fondation Astural s'adressant à tous les enfants et trois centres d'intervention précoce en autisme (CIPA) pour les jeunes enfants atteints d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Deux CIPA sont gérés par la Fondation Pôle Autisme et un par l'OMP. Ces quatre dispositifs jouent un rôle important pour l'inclusion scolaire : d'une part, ils orientent les jeunes enfants soit vers l'enseignement régulier soit spécialisé et d'autre part, ils soutiennent et accompagnent l'inclusion pendant les deux premières années de l'école primaire.

Les interventions précoces intensives (IPI) des CIPA pour les jeunes enfants atteints d'un TSA sont actuellement cofinancées dans le cadre d'un projet-pilote par l'Office fédéral des assurances sociales à hauteur de 45'000 francs par enfant (pour une intervention intensive de deux ans). Un changement du mode de financement interviendra fin 2026 à l'issue du projet-pilote : la contribution de la Confédération ne sera plus versée aux centres d'autisme mais aux cantons. Une enquête auprès des 26 cantons (CSPS, 2021) montre que dans la majorité des cantons les directions de l'instruction publique sont responsables du dossier « IPI TSA », seule une minorité des cantons délègue cette responsabilité aux directions de la santé.

Pour assurer la transition entre le préscolaire et l'intégration, les dispositifs CIPA devraient rester attachés au DIP (OMP) comme le SEI et ne pas être transférés aux HUG.

Les parents interviewés regrettent l'orientation presque automatique de l'aide précoce vers les écoles spécialisées sans donner la chance à l'enfant en difficultés de démontrer ses compétences. La collaboration entre les parents et les professionnels a été perçue par les personnes rencontrées comme étant compliquée, voire inexistante (« culture de non-partenariat »). Selon les interviewés, le fait de ne pas se sentir écouté, que les prises en charge ne soient que peu documentées (PEI, PES) et que certains documents ne leur soient pas accessibles (« culture du secret ») ne favorise pas la participation des parents. En outre, les parents regrettent le poids donné au médical et au thérapeutique au détriment de l'enseignement et du pédagogique.

À plusieurs reprises, nous avons entendu la remarque que les différentes professions fonctionnent en silos et qu'il y a peu de collaboration entre les différents pôles. Cette tendance s'accroît encore lorsque l'on s'éloigne du terrain.

La nécessité de la pluridisciplinarité de la prise en charge des enfants et jeunes de l'enseignement spécialisé et de l'école régulière également au sein des consultations est largement reconnue et soutenue. Elle fonctionne toutefois de manière inégale dans les différents établissements (réguliers ou spécialisés) selon les directives données par les directeurs des établissements.

Problèmes spécifiques

Le DIP a soulevé dans notre entretien du 3 février 2023, les problèmes liés à un accompagnement adéquat des professionnels de la santé qui est un métier très différent de la majorité de son personnel, avec les spécificités qui découlent de la formation et de la facturation médicale. Ceci pourrait entre autres expliquer le sentiment de manque de soutien des professionnels de santé et de la gestion des carrières des professionnels adhérents à la santé.

La formation individuelle des médecins est longue dans le système de l'OMP. Ce problème est bien connu dans d'autres institutions, cependant il est encore plus marqué au sein de l'OMP. En effet, de nombreuses personnes y travaillent à temps partiel et il n'y a pas assez de postes de médecins-cadres pour permettre de conserver les personnes ainsi formées après l'obtention de leur titre FMH. Cet état est peu dynamique, tant pour les formateurs que pour les candidats, et n'encourage pas à avancer ni à terminer la spécialisation.

Un autre point qui nous semble important de relever est la différence de conditions de travail pour les soignants (médecins, psychologues) entre le DIP, relevant de l'instruction publique, et le système de la santé. Il y a en effet peu d'autres domaines dans lesquels des médecins-cadres sont employés par un département de l'instruction publique. Il se peut que la sélection soit influencée par les conditions spécifiques à ce milieu de travail (moins de piquet, possibilité de plus de semaines de vacances, très peu de situations de crise) et ne facilite donc pas la sélection des meilleurs candidats. À cela s'ajoute la question du secret médical qui semble être respectée correctement, mais qui ajoute de la complexité concernant les rôles, les attentes, les obligations et les problèmes potentiels vis-à-vis des familles et des collègues pédagogues. Finalement, la formation des médecins (qui d'ailleurs est partagée en grande partie entre l'OMP, le SPEA et la FPA) n'a pas le degré d'ouverture thérapeutique nécessaire pour pouvoir former une relève de professionnels de la santé qui intègre des pratiques fondées sur les preuves scientifiques récentes dans leurs interventions (OMP-SPEA-FPA, 2020).

Le manque de lisibilité et de transparence pour les partenaires et les usagers de ce système complexe repose globalement sur une culture orale difficilement compréhensible pour l'extérieur. Ceci met les usagers (surtout les parents) dans un rôle passif au lieu de stimuler leur participation et leur inclusion. Selon nos informations et bien que ce soit actuellement une tendance importante et encouragée dans les institutions de soins (hôpitaux, organes cantonaux et autres), il n'y a pas ou peu d'implication des personnes concernées dans le dispositif (patients, partenaires, parents et jeunes).

Avec l'enseignement régulier

Les points de contact entre l'école obligatoire et le secondaire II et l'OMP sont nombreux, allant d'un élève ayant besoin de logopédie à l'élève scolarisé dans une école spécialisée en raison de son polyhandicap. L'OMP est un acteur important sur le chemin vers une école inclusive à Genève.

Un manque de participation et de dialogue entre les professionnels du terrain, la direction de l'OMP et la direction du DIP a déjà été relevé par la société pédagogique genevoise (SPG, 2011), à peine une année après la création de l'OMP, et les problèmes ne se sont pas améliorés entretemps.

Les paragraphes suivants se penchent sur les observations concernant la logopédie, la psychomotricité et la psychologie/psychothérapie dans les écoles spécialisées et les établissements scolaires réguliers².

Les mesures de pédagogie spécialisée comme la logopédie ou la psychomotricité pour les élèves de l'école régulière sont majoritairement dispensées à l'extérieur des écoles, soit dans les consultations de secteur, soit chez des prestataires en cabinet privé. Les logopédistes et les psychomotriciens ne sont pas autorisés à réaliser des interventions individuelles au sein des établissements scolaires. Leurs tâches se limitent à des activités de soutien et de conseil. L'externalisation est problématique pour les établissements scolaires et leurs directions :

- Il se pose un problème de la responsabilité pendant les trajets entre l'école et le lieu d'intervention ;
- Les trajets représentent une grande charge pour les parents, s'ils doivent les assurer ;
- En raison des trajets, l'élève en question perd plus qu'une heure de cours voire rapidement une demi-journée d'école, une perte importante pour un élève qui rencontre des difficultés scolaires ;
- La collaboration et l'échange d'informations entre le titulaire de classe et les intervenants externes sont compliqués. La cohérence et la continuité des mesures ainsi que le transfert au niveau de la classe deviennent plus difficiles ;
- Les interventions externes en cabinet privé ne sont que rarement dispensées en groupes ou collectivement (en petits groupes), donc coûteuses ;
- Toutes les ressources externes à l'école restent attachées à un élève et ne sont pas durables. Le système scolaire lui-même n'en profite pas.

² Les différentes observations concernant les potentiels de développement de l'école inclusive à Genève ne font pas partie du périmètre du mandat.

La gestion des ressources en pédagogie spécialisée déployées dans les écoles spécialisées et les écoles régulières est un thème important :

- Les colloques hebdomadaires (2-4 heures), certes nécessaires, utilisent beaucoup de ressources dans les petites structures que sont les 52 écoles spécialisées disposant de 1 à 3 classes. Les logopédistes et les psychomotriciens engagés à des taux allant de 10 % à 40 % (avec une moyenne de 22 %) passent une importante part de leur temps de travail en réunion ;
- Dans les 52 écoles spécialisées, les psychologues-psychothérapeutes n'interviennent pas directement auprès des élèves et ne font pas de bilans développementaux ou psychologiques. Ils s'occupent de la gestion des colloques et des synthèses hebdomadaires et assument la responsabilité thérapeutique des logopédistes et des psychomotriciens ;
- Les 9.7 EPT de responsable thérapeutique (psychologue-psychothérapeute) des 52 écoles spécialisées assument la responsabilité de 9.8 EPT de logopédistes et de 8.9 EPT de psychomotriciens ;
- En 2009, l'OMP avait 193.3 EPT d'enseignants spécialisés et 146.75 EPT d'éducateurs ; en 2022 la relation est 346.49 et 341.61. Ce glissement vers l'équilibre entre de l'enseignement et l'éducation risque de mettre en péril le droit constitutionnel (Cst., Art. 62, al. 2) de l'enfant en situation de handicap à une « *formation spéciale suffisante* » ;
- Un manque de ressources est souvent signalé par les acteurs du pôle enseignement spécialisé.

Les psychologues-psychothérapeutes de l'OMP sont principalement formés en psychanalyse ; il s'agit d'une des conditions d'engagement (selon une annonce de recrutement de février 2023). Toutefois, il existe un manque de psychologues scolaires disposant de compétences plus larges et multidimensionnelles sur le développement et l'apprentissage de l'enfant et de l'adolescent. En raison de ce manque, les procédures d'évaluation standardisées (PES), qui permettent d'identifier les besoins éducatifs et développementaux particuliers d'un élève, sont souvent dirigées par les directions scolaires, ce qui pose un problème au niveau de la neutralité du regard posé sur l'élève en difficulté. En Suisse alémanique, les PES sont instruites majoritairement par les psychologues scolaires et dans les autres cantons romands par des professionnels de la pédagogie spécialisée spécialement formés à la PES (CDIP, 2022b). Le contrôle (principe des quatre yeux) dans l'octroi des mesures de pédagogie spécialisée à Genève est assuré par le secrétariat de pédagogie spécialisée (SPS³) qui est attaché à l'office de l'enfance et de la jeunesse (OEJ). Cet office est un partenaire important de l'OMP, ainsi que du SPEA et dispense chaque année des prestations en faveur de près de 100'000 enfants et jeunes du canton. L'OEJ est organisé en trois pôles de compétence, notamment pour des prestations dans les domaines de la promotion, de la prévention, de la protection et de la surveillance.

Depuis la création de l'OMP en 2011-12, le nombre d'élèves genevois scolarisés dans des dispositifs séparatifs ne cesse d'augmenter en opposition aux évolutions observées dans la grande majorité des cantons suisses (cf. annexe 3, p. 49).

³ Le secrétariat de pédagogie spécialisée (cf. fig.2 p. 11) s'appelle actuellement service de pédagogie spécialisée.

Entre les services de l'OMP et le SPEA

« Le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SPEA) des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) est responsable du secteur pédopsychiatrique hospitalier et de certains domaines ambulatoires spécifiques (préscolaire, liaison-hospitalière, crise suicidaire, troubles alimentaires, hôpitaux de jour pour jeunes enfants) » (mandat donné, octobre 2022). En nombre d'EPT, le SPEA-HUG dispose de 61,48 EPT de thérapeutes (médecins, psychologues et logopédistes), de 75 EPT de soignants et de 11 EPT pour le personnel administratif.

L'activité ambulatoire du SPEA existe, mais reste limitée. Elle comprend surtout des urgences (jusqu'à 16 ans), les troubles du comportement alimentaire (TCA), la guidance infantile, la prise en charge des migrants, les mineurs avec un risque suicidaire (Unité Malattie ambulatoire) et représente environ 37'635 consultations par année toutes unités confondues.

Analyse générale

La planification sanitaire de Genève (CE, 2019, p. 4) considère qu'une stratégie de psychiatrie communautaire peut permettre d'éviter une augmentation de lits et des hospitalisations en améliorant la prise en charge par le soutien au rétablissement et l'intégration dans la communauté.

Il est à constater qu'un clivage important existe entre la psychiatrie hospitalière et l'ambulatoire, puisque les deux se trouvent dans deux départements différents avec des directions éloignées et des visions et missions très différentes. Cette distance a, depuis plusieurs années, justement empêché la mise en place des structures « intermédiaires » et la chaîne de soins, qui est indispensable pour mettre en place un « *stepped care model* » (Berger et al, 2022) est donc mise à mal. Il semble que les initiatives pour mettre en place des lieux pour s'occuper de la crise n'ont pas été pensées suffisamment, ou plutôt elles n'ont pas été mises en œuvre. Les services de la santé mentale des jeunes (notamment le SPEA) devraient disposer d'une palette de soins avec un spectre d'offres adaptées aux besoins spécifiques du jeune. Toutefois, ces efforts sont largement absents dans le système actuel : renforts de l'ambulatoire (plusieurs rencontres par semaine), des équipes mobiles, des centres de jour aigus pour traiter des jeunes en crise sans besoin d'une hospitalisation, des hospitalisations à domicile, etc. Selon les retours reçus, il semble que cette évolution a été freinée à Genève à cause de la non-coordination dans une situation où ni l'un ni l'autre n'a eu la légitimité de demander ces évolutions qui sont introduites dans un nombre de cantons en Suisse et dans d'autres pays.

Un autre point d'attention sont les adressages en ambulatoire après des hospitalisations, et donc entre les différents acteurs. Selon les retours de la direction de l'OMP, les réseaux conséquents aux sorties de l'hôpital se sont mis bien en place, avec une priorisation des patients venant du SPEA. Toutefois, le temps d'attente après les hospitalisations est trop long, car le patient devrait être reçu dans les jours qui suivent la sortie. Il est à mentionner qu'il existe une rencontre mensuelle autour des questions de la prise en charge des adolescents en hospitalier et en ambulatoire impliquant des acteurs centraux (OMP, SPEA, Santé jeune, psychiatrie pénitentiaire en lien avec l'établissement de la Clairière). Bien que l'existence d'un tel organe soit louable et importante pour la coordination, il est à noter que ce n'est qu'un début.

La situation devient encore plus complexe par la mise en place d'un acteur privé (FPA) qui joue un rôle fort grâce à son affiliation académique et au rôle de son directeur actuel qui était l'ancien directeur général de l'OMP. Il existe donc, en plus de l'offre des cabinets en privé, au moins trois

acteurs (OMP, SPEA, FPA) plutôt cloisonnés et sans un organe qui se charge de coordonner les offres et de garantir une chaîne de soins pour les jeunes et les familles concernées. Chaque acteur semble effectuer un travail important et surtout engagé, mais dans des silos qui ne communiquent peu ou pas assez. Même avec beaucoup de bonne volonté sur le terrain, il paraît difficile de changer profondément les interactions entre les différents éléments de l'offre qui sont rattachés à des départements différents sans une coordination claire.

Il ressort des entretiens réalisés que l'enjeu se situe autour du fait de trouver les « bonnes personnes » et que « l'organisation des structures » n'est pas le point central. Toutefois, une organisation logique avec des structures partageant une vision commune de la prise en charge de l'enfant et du jeune en entier, incluant une définition des missions et des rôles bien définis, pourrait contribuer à construire un système stable et résilient. Il est donc indispensable de créer un système moins dépendant de la volonté de personnes spécifiques, car les personnes peuvent vite changer.

Dans les prochains paragraphes, le rapport approfondit quelques aspects plus spécifiques concernant les soins en ambulatoire et le traitement de la crise dans le système existant.

L'ambulatoire ne répond pas aux besoins de la population ni de la pédagogie spécialisée

Dans cette collaboration entre OMP et SPEA, des listes d'attente trop longues se sont développées ; elles ne priorisent pas d'une manière centrale les situations selon le degré d'urgence (à la sortie de l'hôpital : 1 à 2 mois d'attente n'est pas une exception).

Selon les informations reçues, les consultations ambulatoires de l'OMP, reçoivent chacune les nouvelles demandes de prises en charge, soit de familles, soit de professionnels et des réseaux du secteur mineur. Il y a donc un grand nombre de numéros et d'adresses postales ou mails pour faire une demande de rendez-vous aux consultations. Ces coordonnées, liées à l'organigramme même des unités, sont opaques pour les non-initiés.

Les nouvelles demandes ambulatoires surviennent dans des situations très hétérogènes et parfois en urgence ou dans des crises aiguës. De plus, l'accueil et le traitement de ces demandes sont diverses selon les pratiques propres à chaque consultation. Ce sont souvent des membres des secrétariats qui rassemblent les informations cliniques, avant que des professionnels des soins les considèrent et les orientent dans un deuxième temps. Cela a pour conséquence une perte de temps et des informations parfois lacunaires ou peu pertinentes. Il manque la vue globale sur la situation des listes d'attentes des autres secteurs. Des attentes de plusieurs semaines, voire mois ne sont pas une exception pour les jeunes après la sortie de l'hôpital qui auraient besoin d'un suivi immédiat afin de ne pas perdre l'effet bénéfique des soins hospitaliers.

Les ambulatoires suivent le rythme des écoles (avec une activité minimale pendant les vacances scolaires) et il n'y a donc pas la continuité nécessaire au traitement et il manque un traitement lors d'urgences et de crises.

Le principe « l'ambulatoire avant l'hospitalier » (CE, 2019) ne peut être mis en œuvre que si les ressources thérapeutiques disponibles dans les domaines ambulatoires et intermédiaires sont suffisantes, assez réactives et bien organisées. Les services non hospitaliers devraient jouer un rôle central dans les soins de base, en tant que des soins généraux et spécialisés en ambulatoires, et intermédiaires de proximité. Les enfants et adolescents présentant des pathologies complexes et graves, avec un besoin urgent, devraient notamment être priorités dans les services ambulatoires et

ceci avec une possibilité de renforcer les soins selon leurs besoins et ceux de leur famille. Comme il existe actuellement de longs délais d'attente entre l'adressage et le début du traitement, ainsi qu'une discontinuité du fonctionnement des consultations pendant les vacances scolaires, la prise en charge n'est pas adaptée aux besoins.

Il n'existe pas de dispositif de crise ni pour la population tout venant ni pour les jeunes des écoles spécialisées

Malgré le vécu des personnes qui se sont exprimées dans l'enquête genevoise (CE, 2019, p. 51), selon la lecture des experts, il s'agit d'une évaluation dans un système qui n'avait pas d'autres offres que l'hospitalière à disposition en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. La perspective est donc biaisée. Les deux hôpitaux de jour (OMP et SPEA) pour les adolescents n'ont pas une vocation de prise en charge des situations de crise (DMS 3 mois ou plus long). Une équipe de crise avec une mission très spécifique pour une intervention en aval des événements graves à l'école existe à l'OMP, mais plutôt d'une manière instable. Comme conséquence, les thérapeutes auprès des écoles régulières et spécialisées n'ont pas d'accès à un dispositif de prise en charge immédiat lors des crises des enfants ou jeunes et se retrouvent sans accès à l'aide immédiate dans le système existant.

Les approches spécialisées, bien qu'elles soient bien définies dans la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent quotidienne, ne sont pas mises en place (sauf pour l'autisme - admission sélective à la FPA - et pour les TCA)

Comme en médecine interne et en pédiatrie, les patients et leurs familles demandent de plus en plus d'offres spécialisées dans le domaine de la psychiatrie. Cette demande est particulièrement marquée chez les parents d'enfants mineurs présentant des troubles psychiques plus prononcés et chroniques. En conséquence, un grand nombre de consultations spécialisées sont déjà proposées dans divers cantons. Dans le canton de Genève, la demande croissante de consultations spécialisées est confrontée à une situation dans laquelle très peu de pédopsychiatres installés exercent une activité pratique dans un domaine spécifique. Le SPEA a récemment mis en place une consultation pour les TCA et la FPA offre une évaluation spécifique pour une population sélectionnée (sans déficience intellectuelle et avec un potentiel de réintégration). L'ambulatoire générale sous la responsabilité de l'OMP dispose de deux « consultations spécialisées » pour les adolescents sans qu'il soit clarifié si au-delà d'une définition de l'âge de la population accueillie, il existe encore d'autres approches qui méritent la nomination de « spécialisée ».

Les visions et les bilans, les prises en charge, les traitements dépendent trop des facteurs locaux et des personnes responsables et il existe des problèmes d'efficacité et de facturation.

Les consultations de l'OMP fonctionnent différemment selon la personne qui est le responsable. Il manque une harmonisation des prises en charges avec un temps d'investigation défini, une évaluation diagnostique suivie par une synthèse, puis la co-construction d'un plan de traitement avec le patient et ses proches. À cela s'ajoute le problème de parfois sélectionner les patients selon les préférences données par les personnes responsables ou de nouvelles lignes directrices (de ne plus prendre en charge les enfants en âge préscolaire). Par conséquent, on ne peut exclure avec un tel système, peu lisible et transparent pour les familles et les partenaires, qu'il y ait des situations dans lesquelles les cas très complexes ne sont pas pris en charge.

L'efficacité et le temps dédié au bilan et aux suivis thérapeutiques directs dans le secteur ambulatoire de l'OMP sont encore freinés par l'organisation qui prévoit une activité fragmentée des

thérapeutes qui souvent travaillent en temps partiel entre différentes entités de l'OMP (ambulatoire et enseignement spécialisé).

Crise : Manques dans le système de la santé mentale pour les jeunes concernant l'urgence et la crise

Le dispositif de crise et d'urgence se limite à l'hospitalier et crée donc des hospitalisations des jeunes non nécessaires.

Dans la mesure du possible, les enfants et les adolescents devraient rester dans leur environnement social et scolaire habituel pour bénéficier de mesures psychiatriques ou psychothérapeutiques. Toutefois, en regardant la situation de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à Genève, avec une absence de la gestion de la crise en amont d'une présentation aux urgences, conduit probablement à de trop nombreuses hospitalisations. Les chiffres montrent un nombre plus élevé d'hospitalisations que dans d'autres cantons comparables. Le clivage entre le système « hospitalier » et « ambulatoire » entraîne un grand risque que les standards internationaux quotidiens impliquant des approches intermédiaires ne soient pas assez intégrés dans la chaîne de soins.

Dans le canton de Genève, il existe une absence marquée d'un dispositif intermédiaire bien défini tel qu'un ambulatoire de crise et d'urgence, des équipes mobiles (celle existante est limitée à l'interface avec le social), un centre de jour de crise et des hospitalisations à domicile. Le centre Malatavie fait exception. Toutefois, sa mission est limitée (souvent non accessible à cause des critères restrictifs d'admission) et celui-ci bénéficie d'un soutien important financier du privé. Il n'est pas possible de déterminer, sur la base des chiffres disponibles, si l'absence d'un dispositif en aval des hospitalisations contribue à des hospitalisations plus longues que ce qui est strictement nécessaire.

Il a été évoqué un point d'attention pour les hospitalisations de jeunes mineurs présentant un handicap (à partir de l'âge de 16 ans).

Il existe un besoin de services psychiatriques pour des jeunes présentant des troubles du développement graves et en situation de handicap. Ceci n'est pas couvert d'une manière adéquate par les services de psychiatrie pour enfants et adolescents (non spécialisés dans le domaine) ni par les services de psychiatrie pour adultes spécialisés en situation de handicap existants. Une offre spécifique pour les adolescents avec une déficience intellectuelle qui permettrait de combler une lacune dans les offres d'aide et en ambulatoire à la sortie des hospitalisations. Ceci permettrait de limiter la durée de séjour avec l'idée de soutenir le jeune en situation de handicap et ses proches à domicile ou l'équipe des soignants en foyer. Éventuellement cette équipe pourrait avoir des liens forts et des synergies avec l'équipe spécialisée qui existe déjà en psychiatrie adulte.

Les jeunes entre 16 et 17 ans sont souvent vus dans les urgences de la psychiatrie adulte sans qu'un regard spécifique et systématique ne soit apporté par un cadre de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Comme il y a un changement d'un dispositif sociétal à l'autre à l'âge de 18 ans, la transition en âge majeur, qui est toujours difficile dans les systèmes de soins, est encore plus difficile lorsqu'il s'agit d'un changement de système entre deux départements différents, avec des habitudes et des attentes différentes. Actuellement, il y a très peu de communication entre les deux acteurs (système OMP ambulatoire et psychiatrie adulte ambulatoire) et il n'y a pas de structures de transition

(typiquement avec un âge cible de 15-25 ans) comme cela se fait dans les autres cantons. Un nombre de jeunes est vu aux urgences de la psychiatrie adulte sans que le regard pédopsychiatrique puisse être amené systématiquement.

B) Évaluer les opportunités et risques du changement d'organisation

Évaluer les opportunités et risques du changement d'organisation, soit en cas de transfert des prestations de pédopsychiatrie ambulatoire de l'OMP vers les HUG

B1) Opportunités

Opportunités pour la population jeune genevoise

Amélioration d'un accès à une offre ambulatoire avec une priorisation des demandes et des listes d'attentes gérées d'une manière centralisée

Le changement de système améliorera probablement l'accès et les longs délais d'attente entre l'adressage d'un jeune à domicile ou à la sortie de l'hôpital et le début du traitement. Le changement contribuera également à une meilleure continuité des soins (par exemple pendant les vacances scolaires).

Pour pouvoir couvrir les besoins actuels, il faut – outre diverses optimisations organisationnelles – développer les ressources existantes (p. ex. le personnel spécialisé), ainsi qu'une politique de priorisation centrale au sein de la filière ambulatoire pour une gradation du délai d'attente et une harmonisation des listes d'attentes à travers les différentes consultations de secteur.

Les avantages d'une réduction des temps d'attente effectifs dans les services ambulatoires, ainsi qu'une priorisation centrale peuvent être résumés comme suit :

- Des soins psychiatriques ambulatoires avec un accès dans un laps de temps défendable à un traitement ambulatoire pour la population jeune genevoise ;
- Une qualité de soins harmonisée (accès dans les délais bien définis et mise en place par une cellule centrale) pour toute la population jeune genevoise à un traitement ambulatoire proche du domicile (harmonisation des temps d'attente dans tous les services ambulatoires) ;
- Les hospitalisations peuvent être évitées dans un nombre de situations, car une cellule d'orientation mettra en place un suivi de crise ambulatoire, ce qui permet souvent d'éviter une prise en charge plus coûteuse et plus éloignée du centre de vie des jeunes concernés ;
- Un traitement plus rapide et plus efficace (notamment grâce à des interventions plus précoces) prévient la crise, entraîne un meilleur processus de guérison et moins d'incapacités scolaires et professionnelles.

Les besoins supplémentaires en soins pédopsychiatriques attendus dans les années à venir peuvent probablement être couverts par des offres ambulatoires et intermédiaires dont les prestations sont nettement moins onéreuses que les offres stationnaires comparables. On évite de rendre inutilement chronique une maladie psychique (avec des coûts consécutifs élevés).

Une chaîne de soins fonctionnelle adhère aux mêmes principes directeurs et il est idéalement créé une cohérence pour le patient et la famille qui se voit toujours traité sur le niveau le plus bas de la chaîne de soins afin de viser le maintien de son intégration dans sa vie quotidienne.

Mettre en place l'accès à un système ambulatoire incluant des consultations générales harmonisées et avec des suivis de moyenne durée en lien étroit avec les consultations spécialisées

Un travail important pour les consultations générales sera de définir les critères d'entrée, la composition du dossier patient et de standardiser les livrables. Un cadre clair de prise en charge doit être établi jusqu'à la clôture du cas. Ce cadre va du degré de l'urgence de la demande et des caractéristiques du patient pour la priorisation et ensuite la co-construction d'un plan de traitement avec l'enfant et la famille, ainsi que des *milestones* clairs pour les cliniciens et leurs superviseurs jusqu'à sa clôture. Ce plan devrait être réexaminé régulièrement pour valider l'indication de suivi de chaque patient afin de clore un nombre de situations pour lesquelles le jeune n'a plus besoin de suivi et une poursuite pourrait même avoir des effets néfastes avec une perte d'autonomisation des jeunes. Ceci aide de renouveler la cohorte et est essentiel dans la gestion de la file active des thérapeutes qui tendent à voir leur patient sur du long terme en perdant de vue la raison de leur appel initial. Ce travail actif génère des consultations qui travaillent à flux tendu et peuvent absorber les nouveaux cas.

Du point de vue de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, l'offre de consultations spécialisées dans le canton de Genève doit être adaptée aux besoins à court et moyen terme. Le flux entre les consultations générales et les consultations spécialisées n'est pas garanti si la consultation générale se trouve dans un Département et la prise en charge dans une consultation spécialisée dans un autre, comme c'est le cas actuellement pour la consultation spécialisée de TCA. Toutefois, le rattachement des consultations au SPEA ouvre cette meilleure intégration.

La prise en charge de la crise grâce à un seul dispositif ambulatoire et un système de soin intermédiaire

Dans le contexte actuel, la demande en soins psychiatriques est croissante ; en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, la demande des prises en charge en urgence-crise a particulièrement augmenté et engendre une augmentation du nombre d'hospitalisations non nécessaires, ainsi que des coûts liés à l'hospitalisation, s'il n'existe pas d'alternatives accessibles. Afin de gérer ces défis d'une manière plus adaptée et durable, une offre accessible est nécessaire avec une fonction d'orientation vers des structures qui prennent en charge les jeunes avant la manifestation de l'urgence (consultations intensives, équipes mobiles, structures de crise tel que centre de jour, collaboration avec les foyers, éventuellement hospitalisation à domicile).

Figure 4 : La hiérarchie des chaînes de soins

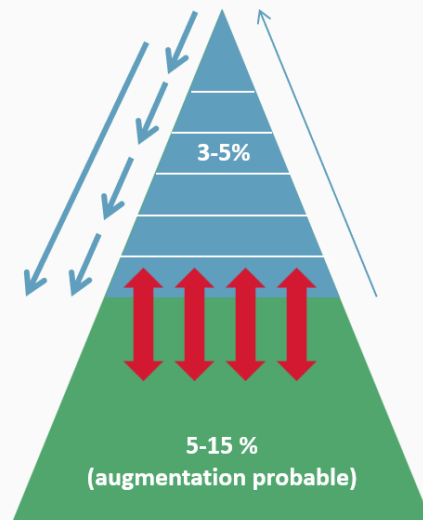
La chaîne de soins doit gérer la crise au seuil le plus bas afin d'éviter l'urgence

Garde ou piquet assurant une évaluation pédopsychiatrique de crise en ambulatoire (dans les 24 heures) et aux urgences (moins de 12 heures) pour les jeunes de 0-18 ans

- Unité de crise de court séjour (max. 5-6 jours)
- Unités hospitalières
- Centres de jour de crise
- Équipes mobiles
- Ambulatoire renforcé
- Ambulatoire

Toutefois:

La coordination avec les partenaires est indispensable (OMP, Pédiatrie dont Unité Santé des jeunes, Psychiatrie adulte-HUG, SPMi, DIP, Pédiatries locales, Pédiatres et Psychiatres et psychothérapeutes de l'enfant et de l'adolescent en privé) !



Opportunités pour l'OMP

Développer la psychologie scolaire

Le rattachement des consultations au SPEA permettrait de mieux développer la psychologie scolaire qui joue un rôle moins important à Genève avec quelques psychologues scolaires (principalement au cycle d'orientation) et de certains psychologues-psychothérapeutes qui assument certaines tâches de la psychologie scolaire (cf. Grob, 2014, p. 12-13) :

- Conseils aux parents afin qu'ils puissent soutenir leur enfant sur le plan scolaire et social ;
- Évaluation multidimensionnelle des compétences de l'enfant et de l'adolescent ;
- Choix, mise en œuvre et évaluation d'interventions variées et approuvées ;
- Coordination avec les directions d'école, les enseignants, les parents et les spécialistes du domaine psychologique, de la pédagogie spécialisée et du domaine médical, lors de la recommandation et de la mise en œuvre de mesures individuelles, scolaires et sociales.

Les psychologues scolaires jouent un rôle important au niveau de l'interface des mesures de pédagogie spécialisée, des mesures médicales ainsi que des mesures de protection de l'enfance et de la jeunesse. Typiquement la psychologie scolaire a également un lien étroit avec la santé scolaire, car il existe des missions partagées.

Développer l'offre de logopédie et de psychomotricité en milieu scolaire

Le canton de Genève a fait des expériences positives avec les équipes pluridisciplinaires dans les établissements scolaires (Jenoubi et al, 2017). Plusieurs opportunités s'offrent maintenant à l'école genevoise pour démultiplier les effets de ces équipes auprès des élèves rencontrant des difficultés d'apprentissage et/ou de comportements et de transformer les équipes existantes vers des « équipes ressources spécialisées » avec une visée pédagogique (scolaire/éducative) mais sans visée

médico-thérapeutique (cf. annexe 4, p. 53). Un point important est que les logopédistes et les psychomotriciens puissent faire des interventions directes individuelles ou groupales dans les écoles régulières en plus des activités actuelles de soutien et de conseil, comme dans beaucoup d'autres cantons.

Opportunités pour le SPEA

Pour le SPEA, ce transfert présente une opportunité d'augmenter les facettes de l'offre de la prise en charge thérapeutique des enfants avec des besoins de soins psychiatriques ainsi qu'une meilleure coordination avec le réseau tout au long de la chaîne des soins.

Mettre en place un système des consultations générales en lien étroit avec des consultations spécialisées sous le même toit

L'ambulatorio spécialisé est le niveau tertiaire des soins de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et devrait être développé et perçu dans tout le canton comme un support et une ressource accessible aux professionnels et aux patients. Ces consultations/plateformes/programmes spécialisés présentent des dimensions variables selon les besoins du service. Un responsable-cadre peut donc cumuler deux fonctions, p. ex. en étant cadre ou même responsable d'une consultation ambulatoire générale et de représenter des compétences spécialisées dans un domaine. Cette situation sera d'autant plus préférable, que ses connaissances et compétences sont importantes afin de créer une bonne offre de base en consultation générale. De même on s'attendra à ce que les collaborateurs des consultations spécialisées se déplacent régulièrement afin de participer aux colloques des consultations générales et également aux évaluations des patients. De cette manière les collaborateurs des consultations générales seront formés au moyen d'outils quotidiens et se sentiront, par conséquent, soutenus. Finalement, pour les patients qui en auront besoin, les responsables des consultations spécialisées établiront, avec leurs collègues, responsables de l'ambulatorio général, les modalités d'accès à la consultation spécialisée (des antennes fixes dans les consultations, consultations externes régulières ou centralisées à une consultation) et le retour à l'ambulatorio général pour la suite de la prise en charge. Les collaborateurs fixes de l'ambulatorio général seront encouragés à développer certaines formes d'expertise en participant à une des consultations spécialisées. Cette organisation donne accès à des approches thérapeutiques plus actuelles pour toutes les consultations, en évitant des consultations spécialisées qui sont loin du travail quotidien qui concerne quand même la grande majorité des cas tout venant dans les consultations.

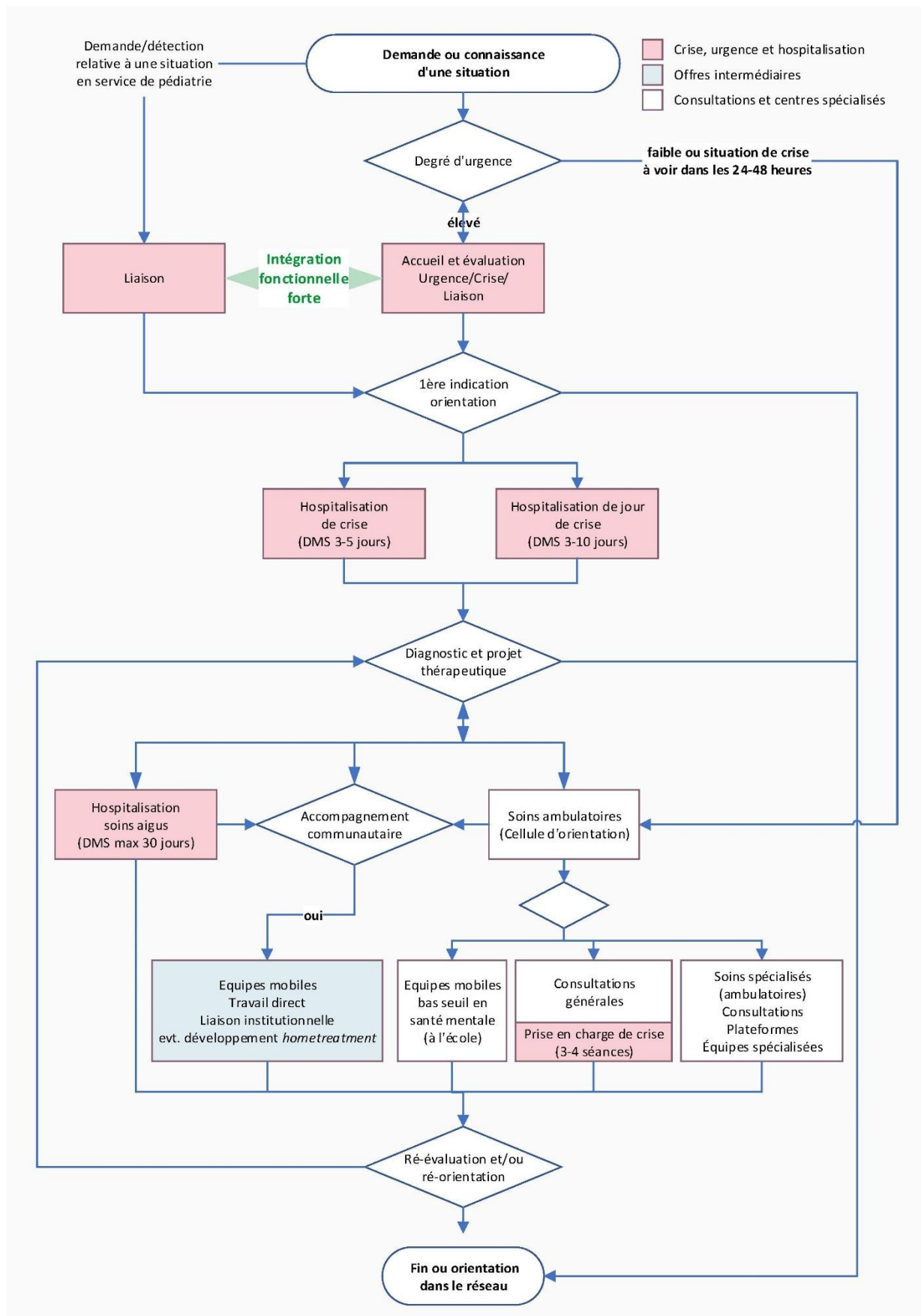
Les consultations spécialisées complèteront et soulageront donc les soins psychiatriques de base et contribueront à identifier à temps des maladies spécifiques et à les soumettre à un traitement professionnel et efficace. Actuellement, il manque des approches/équipes/consultations spécialisées dans plusieurs domaines, par exemple : le domaine des addictions (avec et sans substances), des troubles développementaux (TDAH, troubles de comportement, autisme, trouble du développement intellectuel, tic et GTS), des troubles anxieux et TOC, les questions transgenres, des troubles posttraumatiques liés à des équipes de la transculturalité, la psychose précoce et des troubles affectifs pour mentionner les besoins les plus urgents. Ces approches exigent un répertoire thérapeutique plus large que celui mis en place actuellement dans le système de la formation (OMP-SPEA-FPA, 2020), notamment avec des regards d'une psychopharmacologie spécialisée, la psychothérapie TCC, systémique, une approche psychodynamique actualisée (*mentalising*, etc.) et en collaboration plus large avec des équipes multidisciplinaires dans un partenariat bio-psycho-social avec tous les partenaires impliqués.

La prise en charge des situations de crises au SPEA dans un système qui englobe les éléments nécessaires pour offrir une chaîne de soins

Les évaluations effectuées dans d'autres systèmes montrent qu'un certain pourcentage d'hospitalisation pourraient être évité par un transfert vers des structures ambulatoires ou intermédiaires après évaluation (*assessment*) par le service de triage du centre d'intervention de crise, à condition que les ressources ambulatoires nécessaires soient disponibles. Après une certaine expérience des centres d'intervention de crise, il est à constater qu'une telle offre favorise la qualité du traitement axé sur la personne et décharge durablement la psychiatrie et pédopsychiatrie hospitalière.

La figure 5 de la page suivante montre un système d'orientation qui favorise toujours la prise en charge le plus proche du quotidien de l'enfant. Au-delà d'une activité directe auprès des jeunes et familles, les consultations/plateformes/équipes spécialisées travaillent très étroitement avec les consultations générales afin d'augmenter leurs connaissances. Selon les besoins spécifiques, une prise en charge dans une consultation spécialisée est possible dans les domaines suivants : les addictions (avec et sans substances) ; les troubles développementaux (TDAH, troubles de comportement, autisme, trouble de développement intellectuel, tic et GTS) ; les troubles anxieux et TOC ; les questions transgenres ; les troubles posttraumatiques liés à des équipes de la transculturalité, la psychose précoce et des troubles affectifs ; les TCA (déjà mis en place).

Figure 5 : Processus général d'entrée en soins de la population tout venant, réseaux socio-sanitaire et pédago-thérapeutique, institutions, libres praticiens.



Développer des alternatives à l'hospitalisation

Au cours des dernières années, des « projets modèles » des soins intermédiaires ont été développés et mis en œuvre dans de nombreux cantons, dans le but d'améliorer la perméabilité entre les soins psychiatriques ambulatoires et stationnaires en psychiatrie adulte et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (BAG, 2016).

Le rapport réalisé par Stocker et al (2018) sur demande de l'OFSP met en évidence que « l'ancrage durable et la réussite du traitement par des services psychiatriques mobiles sont étroitement liés à quatre facteurs clés » :

- Réseautage : la collaboration entre les acteurs du secteur de la santé ainsi qu'entre le secteur socioéducatif et le secteur de la santé est fondamentale, tant au niveau du cas particulier qu'au niveau général ;
- Financement : le financement stable, avec une subvention sur le long terme, est un facteur de réussite important. Le modèle Tarmed ne permettant pas un financement ambulatoire notamment au niveau des soins infirmiers/assistant social/éducateur une subvention stable est donc indispensable ;
- Professionnels : les qualifications des professionnels, leur savoir-faire spécifique et leurs formations et échanges continus, ainsi que la continuité de la relation avec le patient sont cruciaux pour la réussite du traitement ;
- Accès à bas seuil : l'accès à bas seuil au système de soins est une prestation spécifique des services de proximité. Il s'agit donc d'aller vers le patient de manière très active avec une grande disponibilité sans exiger du patient de se déplacer. Dans ce contexte, les critères « proximité » ainsi que la flexibilité des horaires et la joignabilité à court terme sont à prendre en considération.

Le rattachement des consultations ambulatoires de l'OMP au SPEA pourrait aussi soigner la transition entre âge adolescent et âge adulte

Un rapport suisse récent (von Wyl, 2020) a adressé les questions de la transition entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et la psychiatrie adulte en réunissant deux groupes d'experts en Suisse alémanique et en Suisse romande. Les groupes d'experts sont arrivés à un consensus clair sur le fait qu'il existe en Suisse une lacune critique en matière de soins pour les adolescents atteints de troubles psychiques en phase de transition, tant en ce qui concerne l'offre clinique et institutionnelle que la conception fondamentale des soins. Il est à noter que l'offre JADE (jeunes adultes avec troubles psychiques débutants ; HUG-Psy adulte) à Genève est mentionnée dans le rapport, cependant il faut souligner qu'il se trouve en psychiatrie adulte et les liens avec le SPEA et l'OMP sont encore faibles et en ce moment beaucoup porté par le projet PSY YOUNG (Promotion Santé Suisse, 2020) qui vise à améliorer l'offre pour les jeunes souffrant d'une psychose précoce. Le rapport souligne qu'une culture et une conception intégrée des processus de collaboration et de transition entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et la psychiatrie adulte devraient être encouragées, tant au sein des institutions cliniques que dans le secteur ambulatoire. Il est mis en avant qu'un des facteurs qui alimente l'espoir pour une amélioration de la situation est le fait que les cliniques actuelles regroupent de plus en plus souvent la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et la psychiatrie adulte sous le même toit après des fusions. Selon les auteurs, ceci facilite la possibilité de structurer un domaine commun de psychiatrie de transition ou de psychiatrie de l'adolescence. Ceci devrait aussi représenter un facteur important pour réunir les soins en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent dans le même département politique et

même toit des HUG afin d'améliorer la chaîne de soins lors de la transition de l'adolescence vers l'âge adulte.

Mieux piloter les groupes des jeunes vulnérables

Un rattachement des consultations pourrait conduire à un renfort de la collaboration et des synergies entre l'école, l'OEJ et le SPEA qui ont déjà mis en place une équipe pour l'accès aux soins pour les jeunes migrants non accompagnés (migrants-MEME avec peu de ressources).

Les groupes vulnérables ne sont souvent pas pris en charge adéquatement faute de clarté du système et surtout de moyens qui devraient augmenter. Cette amélioration pourrait se faire en lien avec l'Équipe mobile OEJ-HUG, exploitée par le SPEA en étroite concertation avec le l'OEJ. Il s'agit donc d'un axe qui a un potentiel important (SSEJ – établissement scolaires – OMP – SPMI – guidance ou SPEA, etc.).

B2) Analyse des risques

Tout changement d'organisation comporte de manière générale le risque d'oppositions de la part des différents partenaires et *stakeholders*, mais aussi par les collaborateurs concernés. Un soin particulier doit être apporté à la participation des personnes concernées dans la mise en œuvre concrète des choix stratégiques du département.

En ce qui concerne les risques, nous avons eu l'occasion de rencontrer la commission du personnel de l'OMP qui a élaboré une liste des risques (voir annexe 6, p. 58). L'appréciation de ces risques est tout à fait partagée avec les experts consultés. Ils sont repris dans le suivant, en ajoutant des risques que nous avons identifiés lors de nos échanges et les réflexions.

Risques pour la population jeune genevoise

Le risque serait une augmentation de clivage entre l'école régulière et spécialisée en ce qui concerne l'accès aux soins de santé mentale. Comme l'a mentionné la commission de personnel de l'OMP : *« Perte du lien, du soutien et des interventions à l'école (enseignement spécialisé et régulier) afin d'identifier, par divers testing et évaluations (cognitive, attentionnelle, affective, logopédique, psychomotrice, etc.), les enfants les plus à risque dans leur développement et permettre la mise en place des soins appropriés suffisamment tôt pour les soutenir. »*

- Perte de la facilité de rencontre (école et consultation santé mentale) autour de situations complexes.
- Manque de coordination dans la mise en place de soins qui permettent de favoriser l'évolution de l'enfant (par exemple des prises en charge précoces permettant le maintien de l'enfant en classe régulière).
- Manque de coordination entre les soins et la scolarité avec un risque pour les familles de liens distendus entre la consultation et l'école.

Risques pour l'OMP

La commission du personnel de l'OMP a émis une série de risques « liés à un glissement des consultations vers l'OMP » (cf. annexe 6, p. 58). Les risques se laissent classer en deux catégories, à savoir les risques directement liés à la qualité des interventions (risques métier) et les risques liés à la formation et au statut des spécialistes (risques RH).

Risques métiers :

- Réduction de la qualité des interventions auprès de l'enfant, allant de l'évaluation de ses besoins à la mise en œuvre et au contrôle des soins et de mesures de pédagogie spécialisée ;
- Appauvrissement de la prise en charge pluridisciplinaire ;
- Limitations des tâches des logopédistes et des psychomotriciens aux activités de soutien et de conseil au sein des établissements scolaires ;
- Impacts négatifs sur le travail en réseau : partage d'informations et de connaissances, coordination des mesures, rapidité des interventions et collaboration avec les établissements scolaires ;
- Perte de proximité avec familles.

Risques RH :

- Crainte d'une diminution des postes ;
- Passage du public orienté vers la prévention (DIP) au privé (HUG) orienté vers la rentabilité ;
- Départs des spécialistes (logopédie, psychomotricité) vers le privé ;
- Perte de la formation intégrée et reconnue des pédopsychiatres et des psychothérapeutes.

Risques pour le SPEA

La psychiatrie et la psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent de Genève ont une histoire compliquée avec un clivage entre hospitalisations et ambulatoire depuis des décennies. Bien que les séjours hospitaliers soient la grande exception dans la psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent contemporaine et soient seulement indiqués lorsque l'environnement des enfants et des adolescents ne constitue (temporairement) plus une ressource suffisante pour la maîtrise des troubles psychiques, le système genevois a dû mettre beaucoup de poids sur l'hospitalier et a eu peu de place, peu de « droit », de développer une psychiatrie communautaire avec des offres ambulatoires et intermédiaires. Cela veut dire peu de prise en charge des problèmes de la santé mentale étroitement avec les autres partenaires de soins de la première ligne, car ce service se trouve (en principe) en deuxième, voire troisième ligne.

Ce changement de statut et d'attitude est surtout important pour développer les soins ambulatoires et intermédiaires, ainsi qu'un système qui répond à la crise. Ce changement exige une nouvelle logique avec une réorganisation importante et conduira probablement aussi à une perte des personnes qui aujourd'hui se retrouvent dans un système plutôt de deuxième et troisième ligne et moins dans le partenariat étroit avec tous les partenaires « de terrain ».

Un rattachement au SPEA pourrait potentiellement péjorer l'ancrage des consultations dans leur quartier. Ceci devrait être pensé activement avec les acteurs concernés pendant la préparation d'un changement, car cette intégration des consultations dans la vie du quartier semble importante pour la prise en charge de l'enfant et du jeune dans son environnement.

La gouvernance

Depuis le départ à la retraite du Chef de Service en 2017, et l'arrivée d'une nouvelle Cheffe de service (partie en 2022) le SPEA a connu des problèmes de gouvernance qui sont probablement liés à plusieurs facteurs qui ne constituent pas le sujet de ce rapport. Malgré une gouvernance affaiblie, actuellement la Cheffe de service a.i. ensemble avec les cadres a pu faire avancer plusieurs projets et la Maison de l'Enfance et de l'Adolescence (MEA) est en train de se déployer pendant cette période tourmentée. Dans ce chemin d'approchement à l'OMP, les HUG ont pu répondre à la demande de soutien exprimée par l'OMP de détacher un médecin du SPEA à 50 % en tant que directeur médical pour reprendre la responsabilité du pôle médico-psychologique de l'OMP et donc du secteur thérapeutique ambulatoire ainsi que les professionnels qui y sont affectés. Toutefois, la gestion d'un grand nombre de collaborateurs qui seront rattachés au SPEA en restant dans les locaux de leurs ambulatoires de l'OMP semble un risque majeur dans cette constellation qui n'est pas très consolidée et exigera des mesures renforcées.

Il est probable que le personnel des consultations ambulatoires de l'OMP répartis dans plusieurs secteurs du canton va ressentir une « centralisation » organisationnelle mais également physique au sein de la MEA (MEA versus les consultations de secteur avec un état de locaux pas toujours très actualisé). Ce processus risque encore de cliver cette constellation entre une culture de première, deuxième et troisième ligne.

Le changement pour les collaborateurs d'un mode de travail avec un service plutôt dans la prévention et les liens thérapeutiques et sans une attention poussée à l'efficacité des prestations et leur facturation (tel que vécu à l'OMP) à un système avec des objectifs de productivité dans une nouvelle gouvernance constituera un défi majeur. En plus, le SPEA lui-même n'a jusqu'à maintenant pas pu acquérir cette partie de l'efficacité en absence d'un ambulatoire général. Cela constituera sans aucun doute un changement radical et un défi pour toutes les parties concernées.

L'implantation des pratiques quotidiennes

Comme déjà évoqué l'activité ambulatoire genevoise actuelle est peu en lien avec les recommandations internationales d'une prise en charge et évaluation structurée. Dans le nouveau modèle, le SPEA devrait donc, avec les collaborateurs actuels de l'OMP et futurs (du SPEA), implanter une manière harmonisée d'effectuer des évaluations et des prises en charge qui correspondent à un standard actuel tout en gardant l'engagement et les attitudes thérapeutiques importants qui existent partout dans le système. Dans ce processus complexe, les consultations spécialisées peuvent jouer un rôle important.

Activité académique

Toutefois, l'absence marquée d'une activité académique au SPEA est surprenante dans un système qui en soit a connu des personnalités fortes en capacités académiques auparavant. Ceci permet actuellement à peu de personnes, même pas directement liées au service public, de maintenir et d'accélérer avec une activité académique et « réguler » l'accès à la formation et la vie académique qui ne se joue ni à l'OMP ni au SPEA. Il est donc un risque que le SPEA soit tellement pris par le changement avec cette nouvelle organisation avec comme conséquence un ralentissement de la création d'un pôle recherche.

C) Élaboration des conditions et modalités

Énoncer les conditions et modalités de réalisation du transfert afin de mettre en place une organisation des services et des prestations à même de répondre au mieux aux besoins des enfants et des jeunes et garantir une prise en charge intégrée et collaborative des enfants et de leurs familles

Le secteur thérapeutique de l'OMP réunit environ 220 collaborateurs dans 12 consultations ambulatoires, répartis dans les différentes zones du canton. Avec l'unité d'urgence et les professionnels partiellement détachés dans les écoles, cela représente environ 140 EPT et donc une masse salariale importante.

Au vu des problèmes liés à la chaîne de soins (détaillés dans le chapitre B) et selon la volonté de recentrer les missions des deux institutions, il est envisageable de transférer les prestations de soins ambulatoires au SPEA–HUG qui disposent de la compétence nécessaire dans ce domaine.

C1) Conditions au sein du SPEA-HUG

Recommandations pour le rattachement de l'ambulatoire et la construction d'une centralisation et gradation des demandes afin de minimiser les listes d'attente et aider les enfants et jeunes en demande aigüe et avec un besoin de soins continus :

Pour pouvoir couvrir les besoins actuels, il faut – outre diverses optimisations organisationnelles – développer et renforcer considérablement les ressources existantes (p. ex. le personnel spécialisé). Il faut également développer une politique de priorisation centrale au sein de la filière ambulatoire pour une gradation du délai d'attente et une harmonisation des listes d'attentes au travers des différentes consultations de secteur.

Les points suivants sont donc indispensables pour l'organisation des consultations rattachées au SPEA :

- Transfert des ambulatoires de l'OMP à une structure médico-hospitalière en préservant une interface importante avec le dispositif de l'école (détaillé ci-dessus) et maintenir les consultations de secteur avec leur structure pluridisciplinaire (assistants sociaux, logopédistes et psychomotriciens) ;
- La mise en place d'un accès unique et transparent pour l'orientation et l'accueil en ambulatoire, ainsi que les plages de crise et l'accès aux listes d'attentes des consultations générales (un numéro de téléphone simple, générer une adresse générique afin de rendre lisible et transparent le système pour les familles et les partenaires) ;
- Dispositif de la crise et l'urgence dans chaque consultation avec une offre accessible à la population pendant toute l'année, vacances scolaires incluses (dans chaque consultation on réservera des plages de crises, 2 à 3 dans la semaine) ;
- Une prise en charge du patient qui amène une évaluation et un diagnostic clair selon un standard international, ainsi qu'un suivi au niveau le plus proche possible du patient avec une harmonisation des pratiques de l'évaluation et la synthèse et ensuite l'offre d'un traitement (ou orientation à l'extérieur) ;

- Création des équipes/consultations spécialisées (voir chapitre 2.1) qui travaillent main dans la main avec des consultations générales afin de contribuer à une mise en place des pratiques actuelles ;
- Le suivi en consultation générale doit être accompagné par la connaissance et l'accès direct au niveau supérieur (souvent plus coûteux) et plus spécialisé en cas de besoin, ainsi que les offres intermédiaires ;
- Une gestion de la file active des thérapeutes avec des évaluations régulières des besoins qui tendent à voir leur patient sur du long terme en perdant parfois de vue la raison de leur appel initial ;
- Une organisation claire, qui priorise l'encadrement des collaborateurs, ainsi qu'une administration qui soutient et anticipe les processus en place. Ceci demande une entente très étroite entre l'administration, les cadres de l'unité et la direction sur chaque niveau.

La mise en place d'un dispositif de crise, qui se base sur l'ambulatoire, mais qui développe toute la chaîne de soins manquante

Afin de suivre les jeunes en aval de l'urgence et de la crise, il convient de disposer d'équipes complémentaires à l'hôpital qui prennent en charge les patients proches de leur domicile visant à proposer et à organiser l'orientation la plus pertinente, si nécessaire. La mise en place de ce type de structure a vu le jour avec Malatavie et les équipes mobiles (les dernières avec une vocation plutôt sociale) et complètera le dispositif hospitalier qui dispose d'une unité de crise (traitement en 5 jours ouvrables). Malgré les efforts, ces fonctions relèvent encore d'une meilleure dotation, d'une clarification des missions et d'une coordination excellente entre les différents partenaires.

- Il s'agit de construire des équipes mobiles du côté santé mentale qui prennent en charge soit l'enfant et l'adolescent à domicile, soit en foyer ou aussi pour mettre un lien fort avec l'équipe du foyer psychoéducatif afin de permettre à l'équipe un espace de réflexion et de supervision ;
- Pour les hôpitaux de jour, la mission de l'accueil de crise est de créer des lieux de soins aigus accueillant des enfants et des adolescents en situation de crise/détresse sévère, dont l'état psychique dépasse momentanément les possibilités de suivi ambulatoire, mais qui ne nécessitent pas ou plus de prise en soins dans une unité hospitalière. Ces centres ont pour but de favoriser le maintien ou la réintégration du jeune dans son milieu de vie ordinaire et donnent également l'occasion de procéder à des évaluations cliniques plus approfondies. La durée de prise en soins est d'une à trois semaines et est fixée dès l'admission ;
- Finalement, même si le système tarifaire ne favorise pas les dispositifs intermédiaires, il devient de plus en plus clair qu'une offre d'hospitalisation à domicile représente souvent une meilleure alternative pour les patients, avec un effet de traitement qui est supérieur à celui d'une hospitalisation. Le projet pilote en psychiatrie d'enfants et adolescents à Berne a documenté le processus proposant une prise en soins intensive de trois mois pour dix patients dans leur milieu (*atHome*) et a démontré des premiers résultats très prometteurs (Kwok et al, 2016 ; Graf et al., 2021).

La mise en place des consultations spécialisées

La mise en place des consultations spécialisées en lien étroit avec les consultations générales doit être poursuivie. Dans un deuxième temps, une analyse approfondie doit être effectuée afin de bien déterminer le nombre de thérapeutes nécessaires aux consultations spécialisées en complément des personnes qui font partie des consultations générales. Il est important de trouver des personnes qui

disposent d'emblée d'excellentes connaissances dans les domaines en question. L'ordre des offres à réaliser par étapes dépend de l'urgence professionnelle et de la disponibilité du personnel spécialisé correspondant. Lors de la mise en œuvre et de la réalisation de cette mesure, les psychiatres et psychothérapeutes de l'enfant et de l'adolescent, les médecins de famille et les pédiatres en privé doivent être suffisamment pris en compte afin de bien intégrer ce dispositif dans le secteur socio-sanitaire plus large.

La mise en place d'une culture commune

Ce rapport met clairement en évidence l'urgence de créer un système de soins ambulatoires qui est plus orienté vers l'utilisateur. Cela signifie, une meilleure accessibilité, une réduction du temps d'attente, une priorisation qui est bien expliquée et transparente, un travail actif avec la liste d'attente entre les différents ambulatoires et un dispositif de crise rassemblés au sein d'un même système.

Ce changement risque de susciter beaucoup de réticences, car le système existant sera changé radicalement. Il est important de travailler ce changement avec les personnes impliquées, mais aussi avec les partenaires, les parents, les jeunes et les psychothérapeutes en privé afin de créer une culture innovante et un référentiel commun. Cette culture commune a aussi pour but de maintenir les liens avec le milieu local qui risquent d'être perdu lors de cette transition, si les partenaires locaux ne sont pas intégrés processus. Toutefois une réorganisation des consultations avec un principe de rotation des collaborateurs (entre les consultations ou programmes) pourrait faciliter la mise en place d'une nouvelle culture.

La formation

La formation représente un outil important pour un changement de culture et la mise en place des nouvelles pratiques ou l'actualisation des pratiques existantes. Afin d'utiliser la formation post-graduée des médecins et psychologues en tant qu'outil important, il faudrait revoir le programme de la formation afin de signaler encore plus radicalement l'ouverture vers les trois axes thérapeutiques. Il faudrait également mieux clarifier le parcours de la formation des psychologues dans ce nouveau système. Les personnes en charge des consultations spécialisées ainsi qu'un focus sur la crise et surtout la prévention de la crise devraient pouvoir contribuer en grande partie à une actualisation des sujets de la formation.

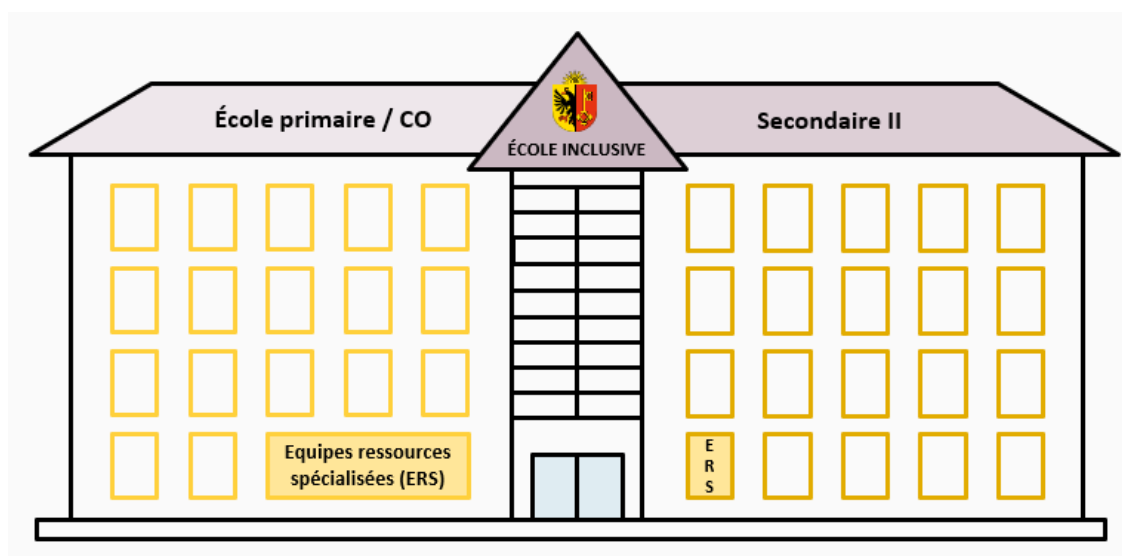
C2) Conditions au sein des établissements scolaires

Les besoins de la pédagogie spécialisée – Équipes ressources spécialisées (ERS)

Les besoins de la pédagogie spécialisée sont couverts par des **équipes ressources spécialisées** qui seront déployées dans toutes les écoles et placées sous la responsabilité des directions des établissements. Ces équipes se composent d'au moins un enseignant spécialisé, un logopédiste, un psychologue scolaire et un psychomotricien engagé à un pourcentage variable en fonction de la taille de l'établissement et des besoins sur place. Elles peuvent être complétées par des éducateurs, des infirmiers et d'autres professionnels en fonction des besoins des établissements scolaires. En comparaison aux équipes pluridisciplinaires existantes, les nouvelles équipes ressources spécialisées poursuivent des missions pédagogiques (scolaires/éducatives) et non plus des missions médico-

thérapeutiques. Elles assurent le lien avec les structures externes, et leur objectif est de soutenir de manière stable et durable les équipes enseignantes des établissements scolaires.

Figure 6 : Equipes ressources spécialisées (ERS)



Les **psychologues scolaires** sont un point de contact quotidien et remplissent une fonction centrale dans la détection précoce des difficultés d'apprentissage et des troubles du comportement chez les enfants et les jeunes. A Genève, les psychologues sont déployés dans les établissements du secondaire I (CO) et du secondaire II, mais ils sont encore très peu présents dans les écoles primaires.

Les psychologues scolaires conseillent les enfants, les jeunes ainsi que les parents concernés en cas de difficultés scolaires ou comportementales et proposent des solutions :

- Détermination des besoins de soutien ou de thérapie des élèves, dans un cadre de diagnostic psychoéducatif et développemental ;
- Établissement d'un diagnostic selon des systèmes de classification internationalement reconnus en effectuant une évaluation psychodiagnostique des enfants ayant des problèmes cognitifs à l'école, selon un modèle d'évaluation basé sur les besoins de l'enfant ;
- Recommandations de mesures pédagogiques (spécialisées) et thérapeutiques pour favoriser le développement avec une formulation d'analyses de problèmes et d'hypothèses fondées sur des données probantes et orientées vers un objectif ;
- Orientation vers des spécialistes pour une évaluation plus approfondie (logopédistes et psychomotriciens) ;
- Accompagnement psychologique et évaluation des mesures de soutien au développement en cours ;
- Collaboration interdisciplinaire, interprofessionnelle et intraprofessionnelle avec les collaborateurs des écoles, les services spécialisés, les autorités et d'autres institutions.

Les mesures suivantes, parfois fournies par d'autres spécialistes, peuvent être recommandées à la suite d'une évaluation psychologique scolaire :

- Les mesures de pédagogie spécialisée telles qu'enseignement spécialisé, logopédie et psychomotricité ;

- Mesures psychologiques ou psychothérapeutiques telles que conseil éducatif et social, en exception aussi la thérapie familiale systémique, psychothérapie pour l'enfant, accompagnement psychologique de l'enfant ou de tout le système par le psychologue scolaire, etc. ;
- Mesures médicales telles que l'orientation vers un pédiatre, un ophtalmologue ou un otorhinolaryngologiste, vers un examen neuropédiatrique ou neuropsychologique ou vers un examen et un traitement auprès du service de psychiatrie pour enfants et adolescents ;

Grâce aux équipes ressources spécialisées, les logopédistes et les psychomotriciens vont pouvoir intervenir directement soit en individuel, soit en petit groupe, à l'intérieur ou à l'extérieur de la classe ainsi que conseiller et soutenir les parents, le corps enseignant, les directions d'établissement et tout autre professionnel du réseau (interventions indirectes). Les tâches seraient les suivantes (cf. CDIP, 2007b, PPLS, 2023 ; SLPP, 2023) :

Les **logopédistes** apportent une aide spécifique en cas de troubles du langage oral (production, compréhension) ou écrit (lecture, orthographe) ainsi que dans ceux de la communication. Ils interviennent au niveau de la prévention, de l'évaluation et du traitement des troubles de la communication et du langage.

Les **psychomotriciens** apportent une aide spécifique lorsque les difficultés touchent le corps, en particulier la motricité fine ou globale, l'agitation motrice, la représentation spatiotemporelle et le schéma corporel. Ils interviennent au niveau de la prévention et de l'évaluation et sous forme d'entretiens et de mesures individuelles ou de groupes.

Les équipes ressources spécialisées correspondent aux mesures de pédagogie spécialisée ordinaire (bas seuil) de l'AICPS déployées à l'intérieur des établissements scolaires, comme d'autres cantons les connaissent.

Les besoins de la santé mentale – Équipes mobiles bas seuil en santé mentale (EMBS-SM), rattachées au SPEA-HUG (modèle 1) ou l'office de l'enfance et de la jeunesse (modèle 2)

Les besoins en pédagogie spécialisée des élèves seront pris en charge par les équipes ressources spécialisées, localisées au DIP et les besoins de santé mentale par les équipes mobiles de bas seuil de santé mentale.

Les missions de ces nouvelles équipes mobiles qui assureront les liens entre soins et école (dans le nouveau système qui risque de conduire à un éloignement entre école et soin) se concentreront sur les tâches suivantes :

- Dépistage précoce des troubles psychiques ;
- Assistance psychologique et psychothérapeutique ;
- Travail de prévention dans les domaines de la santé mentale des enfants et des jeunes, de la protection de l'enfance, des troubles de l'apprentissage et des troubles du comportement (vu le fait que la prévention relève déjà de la mission des infirmiers du SSEJ, il faudrait bien clarifier les spécificités) ;
- Aide psychologique d'urgence et soutien de l'école en cas de crise et d'incidents particuliers ;
- Participation à des projets, des groupes spécialisés et de travail, des associations professionnelles ainsi que des commissions pour le développement de l'école.

Ces équipes garantissent surtout le lien avec les consultations générales et spécialisées du SPEA et assumeront la prise en charge dans des délais raccourcis pour les enfants et adolescents qui en auraient besoin.

Le modèle pour cette équipe serait les équipes multidisciplinaires en école régulière qui ont eu un succès en ce qui concerne les taux de « prises de contact » concernant les élèves.

Les psychologues du CO interviennent auprès de 20 % des adolescents du Secondaire I (Garcia Iglesias, 2022) :

- 18.2 % des adolescents du CO sont vus, au moins une fois, en rendez-vous individuel ou de groupe par les psychologues du CO ;
- 4,6 % des élèves du CO font une demande spontanée aux Psychologues CO ;
- 45 % de tous les élèves de R1-CT ont consulté ;
- 16,5 % des garçons et 25 % des filles du Secondaire I ont consulté un psychologue du CO ;
- 20,6 % des situations ont été orientées vers une prise en charge extérieure.

Les équipes mobiles de bas seuil de santé mentale seraient constituées de psychologues en lien avec d'autres professions selon les besoins. Les équipes ont des similarités avec le projet mis en place par l'OMP antérieurement, mais aussi avec plusieurs initiatives internationales, par exemple une proposition similaire est en train d'être mise en place en Irlande à Cork (McCotter, 2018).

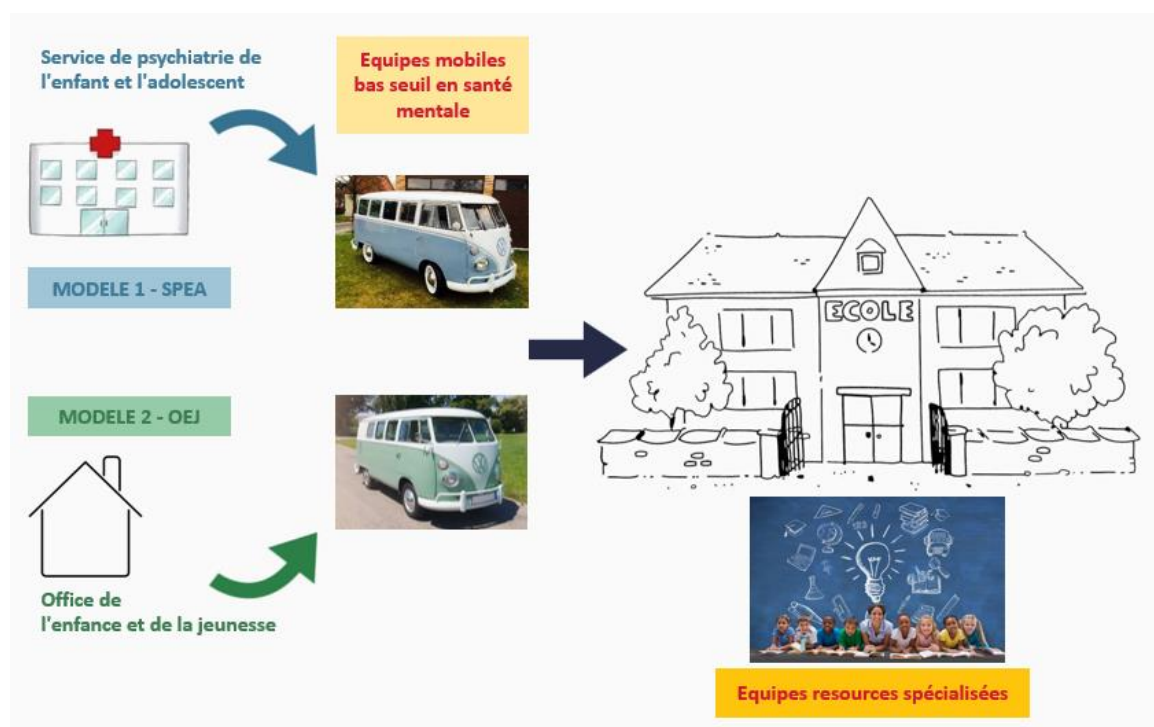
Il est à déterminer si ces équipes seront rattachées aux SPEA-HUG (Modèle 1) ou à l'office de l'enfance et de la jeunesse (OEJ) (Modèle 2). Une codirection entre SPEA et l'OEJ (direction de la promotion de la santé et de la prévention) serait aussi envisageable pour ces équipes (cf. fig. 7, p. 39).

Le rattachement de ces équipes aux SPEA aurait plusieurs avantages :

- Accès direct aux consultations SPEA : Le dépistage des enfants effectué dans le cadre de l'école semble être efficace si on regarde le taux de contact. Donc avec une consultation accessible en aval, cette construction pourrait assurer un taux d'identification haut et représenter un outil important pour la prévention ;
- Cette implication importante du SPEA dans l'école pourrait réduire en grande partie le risque relevé par la commission de personnel de l'OMP qui a exprimé la crainte de perdre, avec le nouveau modèle, la collaboration positive entre le thérapeutique et le pédagogique ;
- Les équipes du SPEA seraient aussi, en lien étroite avec le SSEJ, sur place pour les réseaux avec élèves, enseignants et parents.

Un rattachement de ces équipes à l'office de l'enfance et de la jeunesse aurait l'avantage de profiter des synergies concernant le travail de prévention de la santé mentale qui fait partie de la médecine scolaire (SSEJ). Cependant le DIP serait privé d'un lien entre le thérapeutique de la santé mentale et le Département de la santé, ce qui est difficilement recevable vu la longue histoire de cette collaboration étroite entre le thérapeutique et les soins. On peut également craindre qu'avec le temps les adressages à travers des frontières de deux départements puissent se durcir.

Figure 7 : Les équipes ressources spécialisées et les équipes mobiles bas seuil en santé mentale



Organisation de l'office ou du service de pédagogie spécialisée

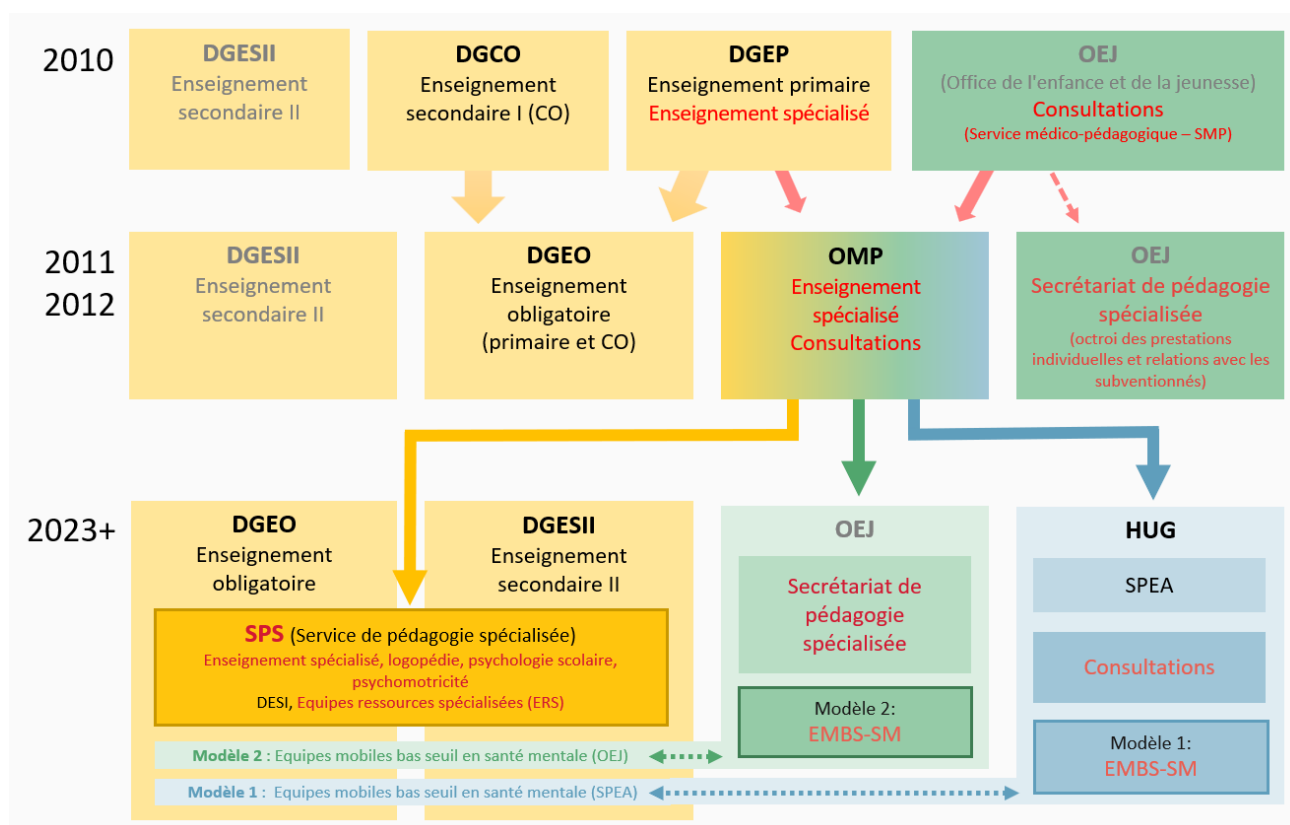
Le rattachement des consultations au SPEA aura comme conséquence une réorganisation inéluctable de l'OMP vers un office ou un service de pédagogie spécialisée⁴.

La Suisse romande connaît trois manières d'organiser un tel office ou service (cf. annexe 5, p. 57) :

- Un office sous forme d'une entité séparée au même niveau que les entités responsables pour l'enseignement obligatoire et l'enseignement secondaire II, comme les cantons de Fribourg, du Tessin et de Genève avec l'actuel OMP. Le maintien d'une entité séparée ne résoudra pas la pensée et le fonctionnement en silo entre l'ordinaire et le spécialisé, problème souvent relayé dans les entretiens ;
- Un service sous forme d'une entité intégrée et rattachée à l'enseignement obligatoire (BE, JU, NE et VD). Ce modèle correspond à l'organisation de la pédagogie spécialisée que Genève connaissait avant la création de l'OMP. Une telle organisation ne résout pas la problématique des ruptures de parcours et de mesures entre le CO et le secondaire II ;
- Un service sous forme d'une entité intégrée transversale rattachée aux deux entités de l'enseignement obligatoire et du secondaire II. Le Valais est le seul canton romand à connaître cette organisation. Elle facilite le suivi de l'élève tout au long de sa scolarité et l'attribution de mesures de pédagogie spécialisée au secondaire II (comme les aménagements ou la compensation des désavantages).

⁴ Le nom « office/service de pédagogie spécialisée » est à préférer au terme « office/service de l'enseignement spécialisé », étant donné que les mesures de pédagogie spécialisée comprennent selon l'AICPS le soutien et le conseil, l'enseignement spécialisé, la logopédie et la psychomotricité ainsi que les différentes formes de scolarité (classes intégrées, classe d'école spécialisée, etc.).

Figure 8 : L'avenir de l'OMP



Le modèle d'une entité intégrée transversale est le modèle le plus difficile à mettre en place en raison des nombreuses transformations structurelles nécessaires. Cependant, ce modèle répond le mieux à la politique actuelle de l'inclusion scolaire à Genève et il réduit considérablement le risque d'un travail en silos et celui de discontinuités dans les mesures de soutien.

C3) Interfaces entre les différents partenaires qui entourent l'enfant et la famille et l'accès aux soins

Dans la littérature (Stocker, 2016), l'écart entre le besoin de traitement et le taux de traitement est attribué à l'interaction entre la situation de l'offre (densité de l'offre de soins, répartition des tâches entre les groupes professionnels et les spécialistes), les obstacles à l'accès qui font que les offres existantes ne sont pas utilisées (obstacles linguistiques et culturels, participation élevée aux coûts, mauvaise accessibilité et temps d'attente, absence d'offre à bas seuil) et la sous-utilisation par les personnes concernées (facteurs socioculturels, stigmatisation, manque de motivation pour la thérapie). Il est de plus en plus clair que ce manque d'accès aux soins peut avoir des effets négatifs sur l'évolution de la maladie (détérioration de la santé, chronicisation), sur l'utilisation des ressources dans le système de soins (séjours évitables en clinique, recours aux services d'urgence généraux, travail supplémentaire pour les personnes adressées) ou encore la motivation des personnes concernées pour le traitement. Il est donc indispensable de créer un système dans lequel les potentiels obstacles sont d'office pris en compte.

Les modèles présentés dans ce rapport sont analysés sous plusieurs niveaux en ce qui concerne ces facteurs. L'accessibilité aux soins serait améliorée d'une manière significative avec une porte d'entrée unique pour l'ambulatorio, l'ouverture des consultations pendant les jours ouvrables, des

plages de crises et un accès aux consultations spécialisées. L'accessibilité de la part des élèves avec des problèmes d'apprentissages et de développement sera garanti par les « équipes ressources spécialisées » directement attachées aux directions des établissements scolaires. L'accessibilité de la part des élèves avec des problèmes de santé mentale de l'autre côté (ou ceux avec les deux) sera assurée par un lien direct entre des « équipes mobiles bas seuil en santé mentale » qui fonctionnent au bas seuil et en lien avec des consultations SPEA en deuxième, voire troisième ligne. Nous pensons également que le rattachement des consultations au SPEA améliorera la continuité dans les soins entre adolescence et vers l'adulte en âge de transition. Toutefois, la collaboration entre psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent et la psychiatrie adulte exige encore une amélioration des liens afin d'assurer cette continuité importante.

L'interface et la coordination entre l'école (antérieurement OMP), les soins (SPEA) et la protection (OEJ) est indispensable

Le modèle des équipes multidisciplinaires a bien fonctionné au sein de l'OMP, mais il a manqué cruellement d'une intégration dans la chaîne de soins et une meilleure articulation entre les différents acteurs. Par ailleurs, on pourrait argumenter que dans un seul système on a moins de « maîtrise » que dans un système avec plusieurs acteurs et « plusieurs yeux » qui agissent selon des processus bien décrits. L'approche entre les différents acteurs est déjà en cours (p. ex. : le présent mandat, le rôle du nouveau directeur médical au sein de l'OMP, le projet stratégique « Harpej » 2020-2023 de l'OEJ, l'OEJ, les équipes mobiles, etc.).

Lors de ce changement d'organisation majeur planifié, il semble indispensable que ce processus de rapprochement soit précédé par un travail en groupe au travers des acteurs afin de déterminer la manière de collaboration la plus adaptée pour atteindre le but de mettre les besoins de l'enfant et de la famille au centre. Ensuite, ce processus devrait impérativement être accompagné par des personnes de l'extérieur et neutres pour un temps donné.

Une question qui risque de mettre à mal tout le processus est la distribution et redistribution des ressources. Il semble judicieux de faire des calculs basés sur des taux d'activité (actuellement seulement en partie accessible) en ambulatoire et en incluant les « équipes ressources spécialisées » et les « équipes mobiles bas seuil en santé mentale » afin de déterminer le nombre d'EPT nécessaires pour couvrir les besoins en école spécialisée et en santé mentale de la jeune population genevoise. Ces discussions ne devraient pas, dans la mesure du possible, faire partie de la préparation de ce transfert parmi les responsables des différents services afin de permettre une focalisation sur d'autres aspects de la collaboration avec le bien-être des jeunes au centre.

Unité entre les différents acteurs

L'organe de responsabilité primaire doit être défini afin d'assurer l'unité et la collaboration entre les différents acteurs (au carrefour souvent des cas complexes). Il convient que les différents acteurs travaillent étroitement et que l'organe de responsabilité primaire (« école spécialisée » dans l'école, mais avec un lien important avec le SPEA) soit défini et que les « foyers socio-éducatifs » ait un lien fort avec les soins, etc.

Il est souhaitable que les différentes institutions pour enfants, adolescents et personnes en situation de handicap en foyer, ainsi que les écoles spécialisées bénéficient d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier et institutionnalisé sur une base de consultation ou de liaison, comme déjà mise en place avec l'équipe mobile (SPEA/OEJ). Ces derniers disposent encore de moyens très

limités. Ces offres devraient être renforcées et s'adresser aussi bien aux jeunes directement en foyer socioéducatif, aux personnes en situation de handicap, aux élèves des écoles spécialisées qu'au personnel de ces institutions et écoles spécialisées dans une manière indirecte en tant que supervision et espace de réflexion.

Aujourd'hui, on assiste à des transferts inutiles vers la psychiatrie ou la médecine somatique aigüe en raison de systèmes d'aide surchargés dans les institutions. Il existe un risque d'une augmentation de tension dans les foyers psychoéducatifs pour les personnes en situation de handicap, avec une charge excessive pour le personnel des institutions/établissements qui conduit à des hospitalisations non nécessaires et souvent par la suite à une déresponsabilisation des foyers par rapport au jeune présentant souvent un tableau clinique complexe. Une offre psychiatrique (ou psychothérapeutique) généralisée et harmonisée pour ces foyers permettrait d'améliorer la qualité de vie des jeunes, de minimiser les situations de tension du personnel d'encadrement et d'éviter des changements de lieu de vie causés par des hospitalisations souvent très pénibles et peu aidantes.

Ces dispositifs ne sont pas encore bien développés dans beaucoup de cantons suisses parce que les logiques de financement des différents systèmes d'aide ne sont pas compatibles (école, protection, handicap). Il en résulte des lacunes de financement, une absence de directives concrètes de la part du canton et un manque de coordination entre les domaines de la santé et du social. De plus, la pénurie générale de personnel qualifié constitue un obstacle important à la mise en place de telles offres. Une réorganisation comme celle prévue dans le Canton de Genève permettrait de penser la coordination dès le début et une recommandation dans ce sens est la mise en place de séances régulières entre les chefs des différents domaines (soins, école, OEJ) afin de discuter les grandes lignes ou des cas concrets qui relèvent de la collaboration étroite.

Ressources

Sur la base de ce rapport, il devrait dans un deuxième temps être possible de calculer les EPTs nécessaires (en comparaison avec d'autres cantons et toujours en relation avec le nombre de jeunes à couvrir) :

- SPEA : Prendre en charge les enfants et jeunes avec des problèmes de santé mentale en ambulatoire (générales et spécialisées) avec des équipes multidisciplinaires (psychologue, médecin, infirmier, assistant social, logopédiste, psychomotricien) ainsi que les équipes mobiles « bas seuil de santé mentale » à l'école. Il est à souligner qu'une équipe d'une consultation en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent est composée par les professions mentionnées au-dessus et non pas seulement de médecins et de psychologues.
- DIP : Avec les équipes de ressources à l'école (psychologues, logopédistes, psychomotriciens) clarifier les besoins de l'enfant et donner un soutien et des mesures qui permettent un apprentissage en école inclusive.

La question de la dotation en personnel de l'OMP est redondante depuis les débuts de cet office (cf. SPG, 2011). Les quelques statistiques disponibles actuellement permettent d'objectiver un peu la discussion. Cependant, il faut rester prudent lors de l'interprétation des rares chiffres disponibles : premièrement les données disponibles du personnel de terrain de l'OMP (DIP-SRED, 2022, cf. tableau 2, p. 14), ne concernent que les personnes engagées par l'OMP et ne comprennent ni les professionnels des institutions subventionnées (qui représentent environ 20 % des effectifs des élèves de l'enseignement spécialisé, cf. tableau 1, p. 13), ni les nombreuses mesures de logopédie

et de psychomotricité dans les cabinets privés. Les chiffres disponibles permettent de dresser le tableau suivant :

Au 15.11.2022, l'OMP disposait de 346.49 postes à 100 % d'enseignants spécialisés, de 41.25 postes de logopédistes et de 22.1 postes de psychomotriciens pour les 2'606 élèves de l'enseignement spécialisé, 0-20 ans (DIP-SRED, 2022, tableau 2, p. 14).

Selon les données de l'OFS (2021), la moyenne des 25 autres cantons de la densité de l'offre de pédagogie spécialisée à l'école obligatoire (1H-11H, 4-15 ans) s'élève à un poste à 100 % d'enseignant spécialisé pour 140 élèves, un post de 100 % de logopédiste pour 490 élèves et un poste de 100 % de psychomotricien pour 1'930 élèves. Reportés sur les 61'000 élèves genevois de l'école obligatoire (4-15 ans) (OFS, 2022), les besoins de l'école obligatoire genevoise en poste à 100 % s'élèveraient à environ 440 enseignants spécialisés, 125 logopédistes et à 32 psychomotriciens. En estimant et en ajoutant les EPT requis par les 20 % des élèves scolarisés en institutions subventionnées, il manquerait environ 25 postes à 100 % d'enseignants spécialisés. Une estimation des postes de logopédie et de psychomotricité manquants n'est pas possible, parce qu'une très grande partie des mesures de logopédie et de psychomotricité est actuellement confiée à des cabinets privés, donc pas chiffrable en EPT.

En appliquant les recommandations de l'AIR-SPS (2014) qui proposent un poste à 100 % de psychologue scolaire pour au maximum 1'500 élèves, les besoins genevois s'élèveraient environ à 41 postes à 100 % pour les 61'000 élèves de l'école obligatoire (4-15 ans) plus environ 19 postes pour les 28'000 élèves du secondaire II (SRED, 2023).

Des statistiques et des standards ou recommandations similaires pour la dotation en poste d'éducateurs et de psychothérapeutes dans le domaine de la pédagogie spécialisée n'existent pas aujourd'hui.

De même il n'existe pas un standard qui définit le nombre des thérapeutes par enfant et jeune en psychiatrie et psychothérapie nécessaire afin de constituer une couverture de la population. Les chiffres publiés récemment (Jörg, et al., 2022) ne clarifient pas le nombre de thérapeutes en privé et en public, malgré le fait que la population prise en charge en public est souvent plus complexe et vienne avec des facteurs autres qui relèvent des approches plus en partenariat avec d'autres instances (et prennent donc plus de temps). Toutefois, des comparaisons avec d'autres cantons devraient permettre d'estimer les dotations requises.

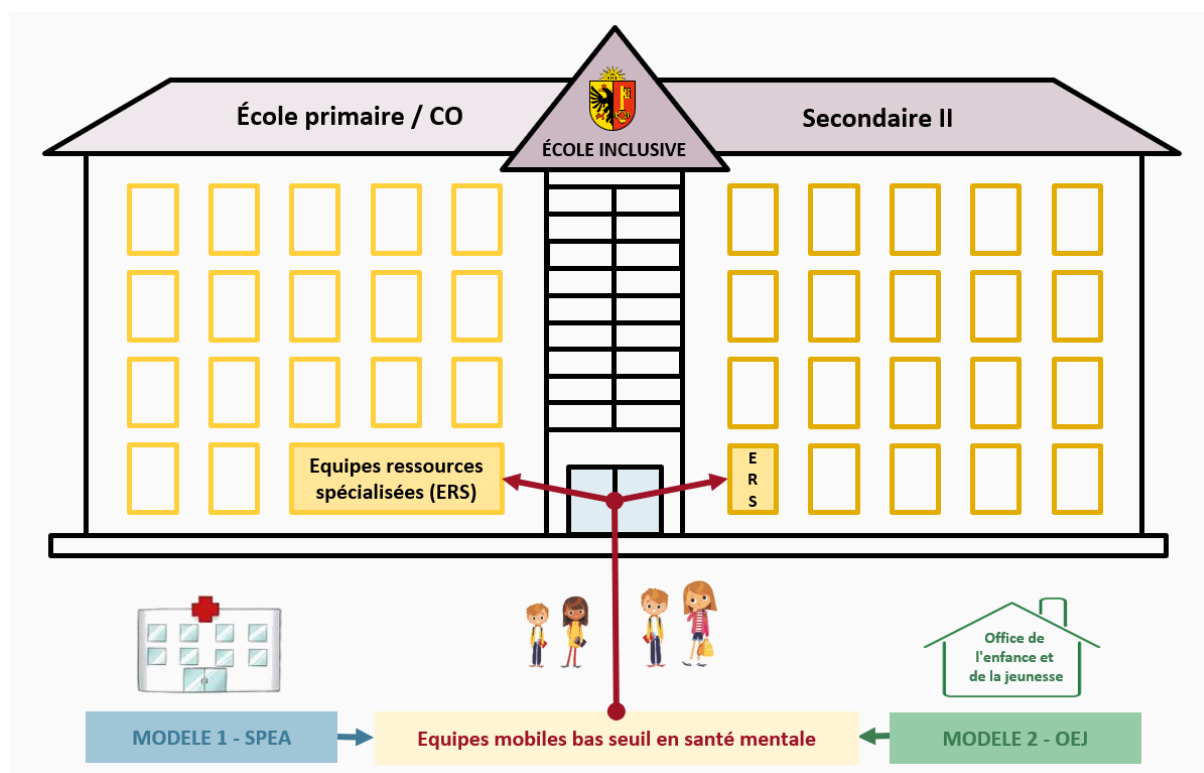
Conclusions

L'analyse faite dans ce rapport montre qu'un transfert des consultations ambulatoires de l'OMP (DIP) au SPEA-CHUV (DSPS) est indispensable, voire inéluctable, pour améliorer d'une part la prise en charge des enfants et des jeunes ayant des problèmes de santé mentale. De l'autre part cette séparation permettrait également de développer la prise en charge pédagogique des élèves rencontrant des difficultés d'apprentissage, des troubles du comportement ou des déficiences variées en vue d'une plus grande inclusion scolaire.

Les clivages actuels entre les nombreux acteurs dans le champ de tension entre le médical et le pédagogique ont creusé ces dernières années l'écart entre les hospitalisations pédopsychiatriques et les consultations ambulatoires au détriment du développement d'offres de soins de proximité intermédiaires comme la prise en charge ambulatoire de crise. Les conséquences observables aujourd'hui sont des discontinuités des soins et des ruptures dans la chaîne de soins.

En outre, une forte augmentation de la séparation scolaire est observée à Genève depuis la création de l'OMP, tandis que la très grande majorité des cantons ont connu une augmentation de l'inclusion scolaire pendant cette même période. Le transfert de l'ambulatoire au SPEA-HUG requiert une attention particulière au niveau des interfaces entre la pédopsychiatrie et l'école : les nouvelles équipes mobiles bas seuil en santé mentale devraient assurer les liens du soin avec les établissements scolaires obligatoires et postobligatoires. Les équipes ressources spécialisées auront des missions pédagogiques (scolaires ou éducatives).

Figure 9 : Les nouvelles ressources en pédagogie spécialisée et en santé mentale au service des élèves genevois



Annexes

1) Liste des entretiens

Patrick **ADAMINA**, Commission du personnel (CP)
Rémy **BARBE**, Directeur médical, Service de pédopsychiatrie ambulatoire, DGOMP & responsable filière hospitalière
SPEA, HUG
Renato **BORTOLOTTI**, Directeur organisation et planification en ES, Direction de l'enseignement spécialisé, DGOMP
Adrien **BRON**, Directeur Direction générale de la santé, DSPS
David **BRUNI**, Chef du secteur des prestations thérapeutiques en enseignement, Direction médico-psychologique,
DGOMP
Florence **CANTIN**, Chargée des élèves à besoins particuliers au sein du service de la scolarité (secondaire II), DGESII
Murielle **CHTOUROU**, Médecin responsable de consultation, Consultation des Pâquis
Joëlle **CURTIS**, Médecin responsable de consultation, Consultation de Carouge
Daniela **DI MARE APPÉRÉ**, Directrice générale de l'office de l'enfance et de la jeunesse (OEJ), DGOEJ
Elvira **DAVID-COPPEX**, Autisme GE
André **DECROUX**, DESI, ECPS Peschier
Nathalie **DESCOMBAZ**, Cheffe de secteur responsable de l'organisation de psychologues psychothérapeutes, Direction
médico-psychologique, DGOMP
Lea **DESFOSES**, Commission du personnel (CP)
Stefania **DESIDERIO**, Directrice pôle coordination prestations déléguées, DGOEJ
Pierrick **DUDOGNON**, Chef de service SPS, DGOEJ
Olivier **DUSSERRE**, DESI DI-TSA
Stefan **ELIEZ**, Directeur de la Fondation Pôle Autisme
Anne **EMERY-TORRACINTA**, Conseillère d'Etat - DIP
Pascal **FREYDIER**, Directeur du pôle de promotion de la santé et prévention, DGOEJ
Giuseppina **GENTILE**, Directrice du suivi de l'élève (école obligatoire), DGEO
Jacques **HERTZSCHUCH**, Directeur général a.i., Direction générale de l'office médico-pédagogique, DGOMP
Véronique **HUGUELET**, Psychomotricienne
Marianne **JENI**, Directrice d'établissement (EO)
Stefan **KAISER**, Chef de Département de Psychiatrie, HUG
Eva **KOLENDOWSKI**, DESI classe hétérogène
Céline **LAIDEVANT**, Insieme GE
Francesca **MARCHESINI**, Société pédagogique genevoise (SPG)
Jacqueline **MEGEVAND**, Directrice médico-psychologique, Service de pédopsychiatrie ambulatoire, DGOMP
Sandra **MUFF**, Responsable pédagogique, ECPS Peschier
Nathalie **NANZER**, Cheffe de Service, a.i., SPEA, HUG
Gianna **NDJOH**, Commission du personnel (CP)
Catherine **PASCA**, Psychologue cadre, Consultation de Carouge
Maja **PERRET-CATIPOVIC**, Directrice médico-psychologique, Service de psychologie, DGOMP
Pierre-Yves **PETTINA**, Chef de secteur du service de la scolarité (secondaire II), DGESII
Camille **PIGUET NEMITZ**, Médecin cadre, Santé Adolescents, HUG
Mauro **POGGIA**, Conseiller d'Etat - DSPS
Gabrielle **RICHOU**, Responsable thérapeutique, ECPS Peschier
Claudia **SAVIAUX-DRULIOLLE**, Directrice RH OMP, DGOMP
Carole **SAVIOZ**, Logopédiste
Anna **SENGHOR**, Syndicat interprofessionnel de travailleuses et travailleurs (SIT)
Carlos **SEQUEIRA**, Directeur du service de protection des mineurs (SPMi), DGOEJ
Gabrielle **STIASSNY**, Directrice de l'enseignement, de l'évaluation et de la formation, DGOMP
Philippe **THOMAS**, Directeur du suivi de l'élève – DES, DGOMP
Guillaume **TORNARE**, DESI classe intégrée
Françoise **WEBER**, Syndicat interprofessionnel de travailleuses et travailleurs (SIT)
Stephan **WENGER**, Directeur administration et finances, DGOMP

Entretien avec logopédiste et psychomotricienne de la consultation, Consultation des Pâquis
Rencontre avec l'équipe, ECPS Peschier

2) Bref aperçu de l'histoire de la prise en charge de l'enfant différent en Suisse

Le regard, même synoptique, sur l'histoire de la prise en charge de l'enfance et de l'adolescence en Suisse et à Genève permet de mieux comprendre et de contextualiser les défis actuels de la pédopsychiatrie et de la pédagogie (spécialisée) à Genève. Des choix justifiés à un certain moment peuvent être remis en question actuellement.

Le développement de la pédagogie spécialisée en Suisse est intimement lié à celui de la médecine et de l'enseignement. Les premières structures de prise en charge étaient imaginées soit par des médecins soit par des pédagogues. L'intérêt était tout d'abord porté sur les enfants sourds et aveugles avec la création de dispositifs spécialisés novateurs comme la première école pour aveugles à Zurich en 1809 et le premier institut pour sourds-muets à Yverdon en 1813 (Wolfisberg, 2002). Le médecin Guggenbühl (1844) ouvrit en 1841 une clinique pour « *enfants crétins et imbéciles* » à Interlaken. Avec son approche basée sur des cures diététiques et climatiques, des activités thérapeutiques et scolaires, il voulait non seulement éduquer, mais aussi guérir les enfants atteints de handicaps physiques ou de déficiences intellectuelles. Derrière la notion de crétins se cachaient les enfants atteints d'un goitre, maladie très fréquente dans les régions alpines à cause d'un manque d'iode. Les conséquences de cette maladie fascinaient les scientifiques et les médecins du XIX^e siècle.

La constitution fédérale de 1874 (Cst., art. 27 al. 2) reléguait la responsabilité pour l'instruction publique aux cantons ; cette instruction devrait être suffisante et placée sous l'autorité de l'État. La Confédération imposait un enseignement primaire obligatoire et gratuit dans les écoles publiques qui en retour devraient être confessionnellement neutres. Le début d'une école pour tous, non ! Certaines législations cantonales prévoyaient des exceptions à l'obligation scolaire prévue par la constitution pour des enfants n'ayant pas l'intelligence nécessaire pour suivre l'école, à savoir les enfants crétins, aveugles, sourds-muets, intellectuellement retardés, épileptiques ou encore non-vaccinés (Ruchat, 2003).

Les enseignants, devant gérer des classes de différents niveaux avec jusqu'à 60 à 80 enfants, se voyaient confrontés à des élèves perturbant le bon fonctionnement de l'école à cause de comportements difficiles, d'un retard dans les apprentissages ou de handicaps divers. L'introduction de classes d'âge homogène, en 1880, n'arrangeait pas les choses. Elle avait pour conséquence la définition d'objectifs d'enseignement pour chaque tranche d'âge, que les élèves devaient atteindre dans l'espace d'une année scolaire et ceci indépendamment de leurs rythmes de développement ou d'apprentissage individuels (Hofmann, 2023). Les premières classes avec plusieurs niveaux étaient basées sur un enseignement individualisé ou en petits groupes selon les besoins des élèves. La standardisation des contenus scolaires rendait plus visibles les élèves qui apprenaient plus vite, moins vite ou à un autre moment. Le nombre d'élèves en échec scolaire augmentait.

Le personnel enseignant et leurs syndicats demandaient, déjà fin des années 1880, la création de classes spéciales pour se décharger des élèves en difficulté. Les premières classes spéciales virent le jour à La Chaux-de-Fonds en 1882 et à Bâle en 1888, suivis par Saint-Gall (1890) ainsi que d'autres villes et cantons (Grunz-Stoll, 2011). La première classe spéciale à Genève ouvrait ses portes en 1898 (Ruchat, 2003). La pression était telle que la première statistique fédérale ne portait pas sur toute la population scolaire, mais seulement sur les élèves « faibles d'esprit, atteints d'infirmités physiques,

négligés ou moralement abandonnés » (Bureau de statistique du Département fédéral de l'intérieur, 1897)⁵.

Se posait dès lors la question de l'identification des élèves en difficultés scolaires. Si cette tâche incombait au début aux enseignants ou aux inspecteurs scolaires et aux médecins, elle était progressivement confiée aux psychologues (scolaires) grâce au développement des tests d'intelligence, comme la première échelle métrique de l'intelligence de Binet & Simon en 1905. La même année, Genève se dotait d'une commission médico-pédagogique permanente pour le retard scolaire composée de deux médecins et trois inspecteurs scolaires (Ruchat, 2002).

À côté des élèves avec un handicap (déficience auditive, intellectuelle, motrice, visuelle, etc.), les enfants avec des comportements difficiles interpelaient les pédagogues et les médecins. Que faire avec les élèves ayant une intelligence dans la norme mais qui perturbent le bon fonctionnement des classes ou qui ne se présentent plus à l'école ? Une des premières réponses a été la création de services d'observation et de soutien thérapeutique ou éducatif aux élèves en question. En 1927 ouvrait l'institut *Stefansburg*, la première station d'observation pour enfants « difficiles » à Zurich. Neuhaus et Galle (2023) relèvent que la relation entre psychiatres et pédagogues (curatifs) était dès les débuts ambivalente au sein de l'institut *Stefansburg* et que la collaboration interdisciplinaire était un échec. Soleure suivait en 1929 avec l'inauguration de la station d'observation et de thérapie pour enfants (Schaffner-Hänni, 1997). Progressivement, les autres cantons se sont dotés de telles stations d'observation pour enfants, stations qui portaient le nom de service ou d'office médico-pédagogique (Garibian, 2023, Nardone, 2023, Schaffner-Hänni, 1997) :

GE	1930	SMP	Service médico-pédagogique
VS	1930	SMPV	Service médico-pédagogique valaisan
NE	1941	SMP	Service médico-pédagogique
VD	1942	OMPV	Office médico-pédagogique vaudois
BE/JU	1944	SMP	Service médico-pédagogique
FR	1947	PC	Policlinique de psychologie et de pédagogie curative
TI	1949	COMPP	Centro d'osservazione medico-psico-pedagogico

Selon Schaffner-Hänni (1997), la pédopsychiatrie européenne s'est développée au pied du Jura à partir des stations d'observation et des services médico-pédagogiques. Depuis, elle s'est installée comme discipline universitaire et a donné naissance aux services de pédopsychiatrie de l'enfance et de la jeunesse avec comme objectifs de prévenir, de détecter rapidement et de soigner efficacement les maladies psychiques chez les mineurs.

Les cantons ont progressivement transformé leur service médico-pédagogique en service de psychologie scolaire ou en service de conseil en éducation (*Erziehungsberatung* à Berne, cf. Grob, 2014) (AIR-SPS, 2023). En Romandie, les services de psychologie scolaire sont actuellement organisés de manière hétérogène selon les cantons (Sayad, 2014). L'association intercantonale des responsables des services cantonaux de psychologie scolaire a élaboré, en 2014, des standards de la psychologie scolaire pour harmoniser les offres de la psychologie scolaire au niveau intercantonal (AIR-SPS, 2014).

⁵ Genève comptait en 1897 59 enfants faibles d'esprit à un léger degré, 28 à un degré plus prononcé, 46 enfants avec une infirmité physique, 31 idiots, sourds-muets, aveugles, etc. ainsi que 21 enfants moralement abandonnés (Bureau de statistique du Département fédéral de l'intérieur, 1897, p. 3).

La pédagogie spécialisée quant à elle a connu un développement important au début des années 60 avec l'entrée en vigueur de l'assurance invalidité (AI). Jusque dans les années 50, les offres de formation pour les enfants en situation de handicap étaient peu nombreuses (Lanners, 2022a). Grâce aux subventions de la Confédération versées via l'AI, les associations de parents nouvellement créées pouvaient construire les premières grandes écoles spécialisées et ouvrir les services éducatifs itinérants (éducation précoce spécialisée). Un diagnostic médical était dorénavant requis pour accéder aux nouvelles prestations de l'AI. Dans la terminologie de l'AI, l'élève en situation de handicap était un « invalide mineur ». À côté des mesures médicothérapeutiques, l'AI finançait les mesures pédagogothérapeutiques, comme la logopédie et la psychomotricité.

Pendant presque un demi-siècle, les écoles spécialisées fonctionnaient en vase clos et entretenaient peu d'échanges avec les écoles régulières. Elles acceptaient les élèves pour lesquels les écoles régulières n'avaient plus de solutions, mais les retours du spécialisé vers le régulier restaient rares. Un changement paradigmatique important s'opérait, en 2004, avec l'acceptation par le peuple de la RPT, qui prévoyait une réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons. Cette réforme conduisit à la cantonalisation de la pédagogie spécialisée, c'est-à-dire que les cantons assument dorénavant l'entière responsabilité des écoles spécialisées au même titre que celle des écoles régulières. Dans la foulée, le mineur invalide est devenu un élève à part entière qui peut avoir des besoins éducatifs particuliers comme tout autre élève. L'accord intercantonal pour la collaboration dans le domaine de la pédagogie spécialisée (AICPS) de 2007, qui est entré en vigueur en janvier 2011 et auquel le Grand Conseil de Genève a adhéré en octobre 2008 (CDIP, 2020), a pour stratégie l'intégration avant la séparation. Dans cet accord, les mesures pédagogothérapeutiques de l'AI sont remplacées par les mesures de pédagogie spécialisée (simples ou renforcées) et englobent l'enseignement spécialisé, la logopédie, la psychomotricité ainsi que le conseil et le soutien (Art. 4 AICPS). La cantonalisation de l'enseignement spécialisé était la dernière occasion en date pour remplacer le modèle médical (de l'AI) par un modèle pédagogique. Tous les cantons l'ont fait, sauf Genève qui a pris la décision, en 2010, de mettre l'enseignement spécialisé sous une direction médicale.

Le comité onusien des droits des personnes en situation de handicap s'est prononcé début 2022 sur l'avancement de la mise en œuvre de la CDPH en Suisse, convention que la Suisse a ratifiée en 2014 (ONU, 2006, 2022). Il constate qu'en Suisse l'approche médicale du handicap est encore prédominante avec son vocabulaire dégradant (comme « patient », « invalide » ou « impotent »), que trop d'élèves n'ont pas accès à l'école régulière et que les écoles régulières manquent de ressources pour l'intégration, ressources qui sont actuellement retenues dans les circuits séparatifs. Le comité recommande entre autres un transfert des ressources des écoles spécialisées vers les écoles régulières. Cette recommandation rejoint les propositions d'une « école pour tous » de la déclaration de Salamanque (UNESCO, 1994) : les écoles spécialisées devraient se transformer en centres de ressources et de compétences au service des écoles régulières.

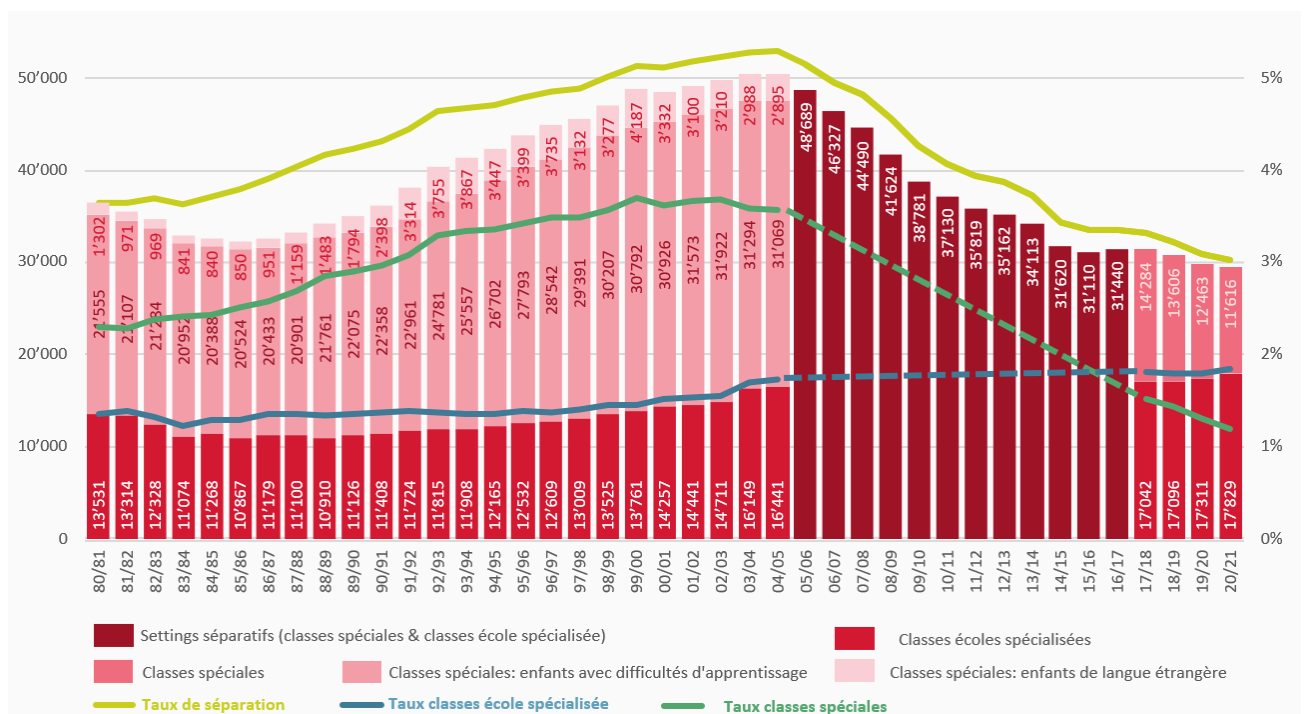
3) Statistique de la pédagogie spécialisée

Les données disponibles de l'office fédéral de la statistique (OFS) et du service (SRED) de Genève ont été utilisées pour réaliser une analyse chiffrée des développements actuels en Suisse et à Genève. Les données statistiques permettent d'objectiver les évolutions sur le long terme.

Les statistiques de la pédagogie spécialisée permettent de chiffrer les évolutions vers une école inclusive en Europe, en Suisse et dans le canton de Genève. En comparaison européenne la Suisse connaît un taux d'élèves scolarisés dans des dispositifs séparatifs (classes spéciales et classes des écoles spécialisées) relativement élevé, soit 3.9 % pour l'année scolaire 2014/15, un taux nettement supérieur au taux moyen de 1.8 % des pays européens faisant partie de l'échantillon (EA, 2018). La Suisse rejoint ainsi les pays avec de longues traditions de pédagogie spécialisée qui connaissent un réseau de structures séparatives très développées, mais peu agiles aux changements (Lanners, 2022b).

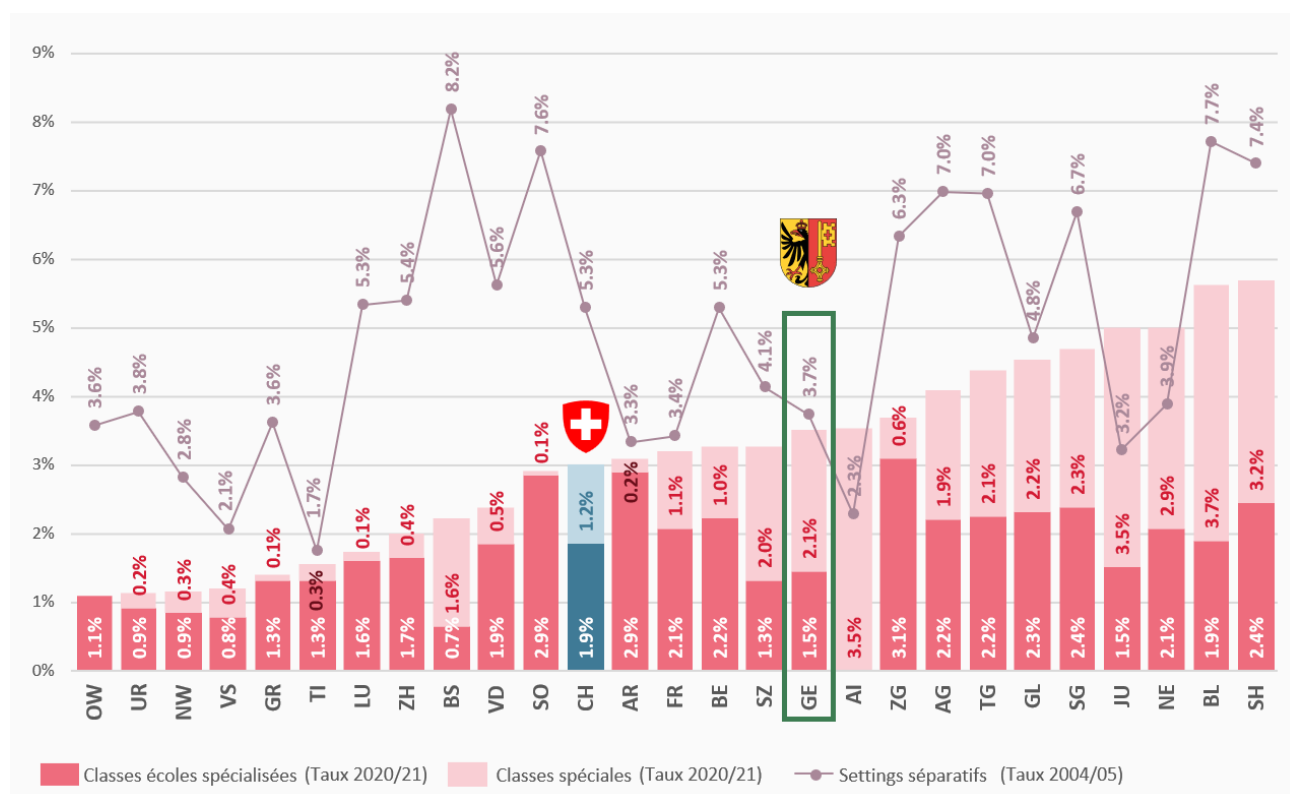
Ces quarante dernières années, les taux de séparation à l'école obligatoire en Suisse ont connu de fortes variations. Le point négatif est que le pourcentage des élèves en écoles spécialisées a augmenté de 30 % en quarante ans, à savoir de 1,4 % à 1.8 % ou en chiffres absolus de 13'300 élèves en 1980/81 à 17'800 élèves en 2020/21. Cet accroissement est un indice soutenant l'hypothèse que l'offre crée la demande (Lanners, 2022b). Le nombre d'élèves en classes spéciales a cependant connu une évolution plus dynamique, à savoir une forte augmentation jusque 2004/05 (3.9 % des élèves) pour diminuer rapidement depuis et se rapprocher de 1% en 2020/21. Ces changements positifs sont en partie imputables à la stratégie « intégration avant séparation » de l'AICPS de 2007.

Figure 10 : L'évolution des classes spéciales et des écoles spécialisées en Suisse (1980-2020)



(Gerlings & Mühlemann, 2006 ; OFS 2022a/b)

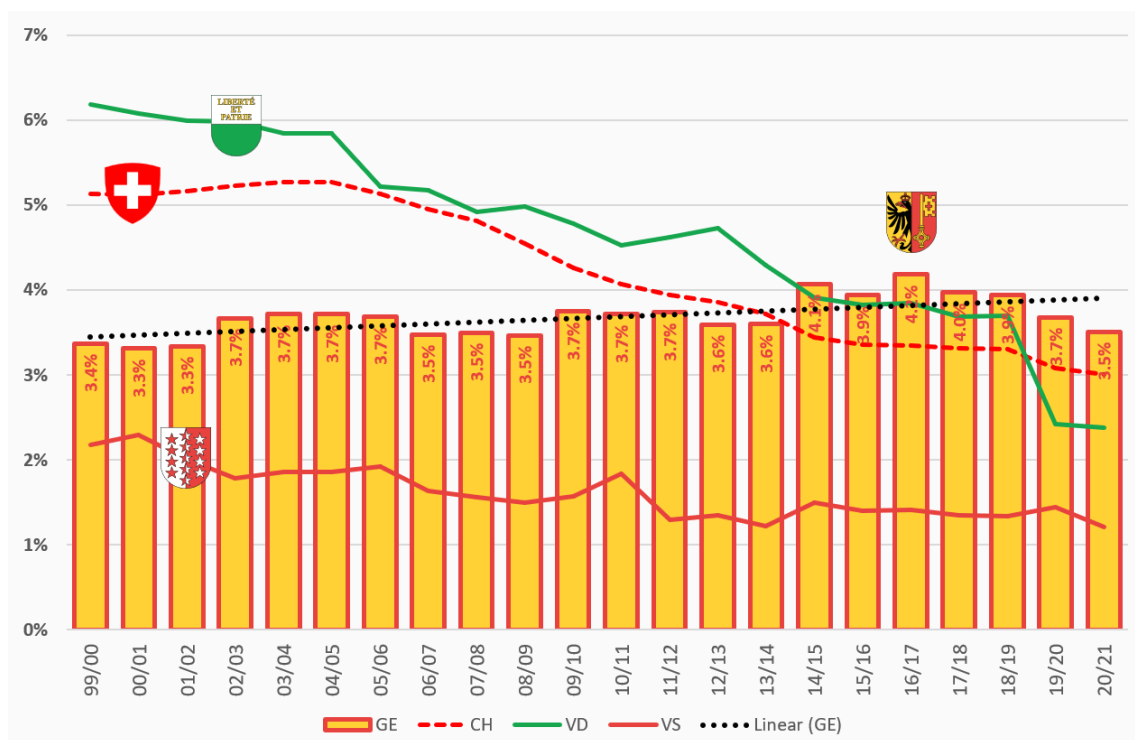
Figure 11 : L'évolution de la séparation dans les cantons entre 2004/05 et 2020/21



(OFS, 2022a/b)

Les cantons ne sont pas égaux face à cette évolution (Lanners, 2022a). La comparaison intercantonale du développement des taux de séparation entre 2004/05 et 2020/21 révèle que Genève fait partie des cantons avec une évolution plutôt stagnante : en 15 ans le taux de séparation à l'école obligatoire a diminué de 3.7 % à 3.6 %. Le canton de Bâle-Ville quant à lui a plongé de 8.2 % à 2.3 %. Les cantons de Genève et de Bâle sont comparables, par leur statut de canton urbain proche de la frontière suisse et par la composition de la population des élèves : à Bâle 39.9% des élèves ont un passeport étranger et à Genève ils sont 43.9% (OFS, 2023). Par rapport à la moyenne suisse et celles des cantons voisins de l'arc lémanique (Vaud et Valais) l'école genevoise tend à une augmentation de la séparation au cours des 20 dernières années.

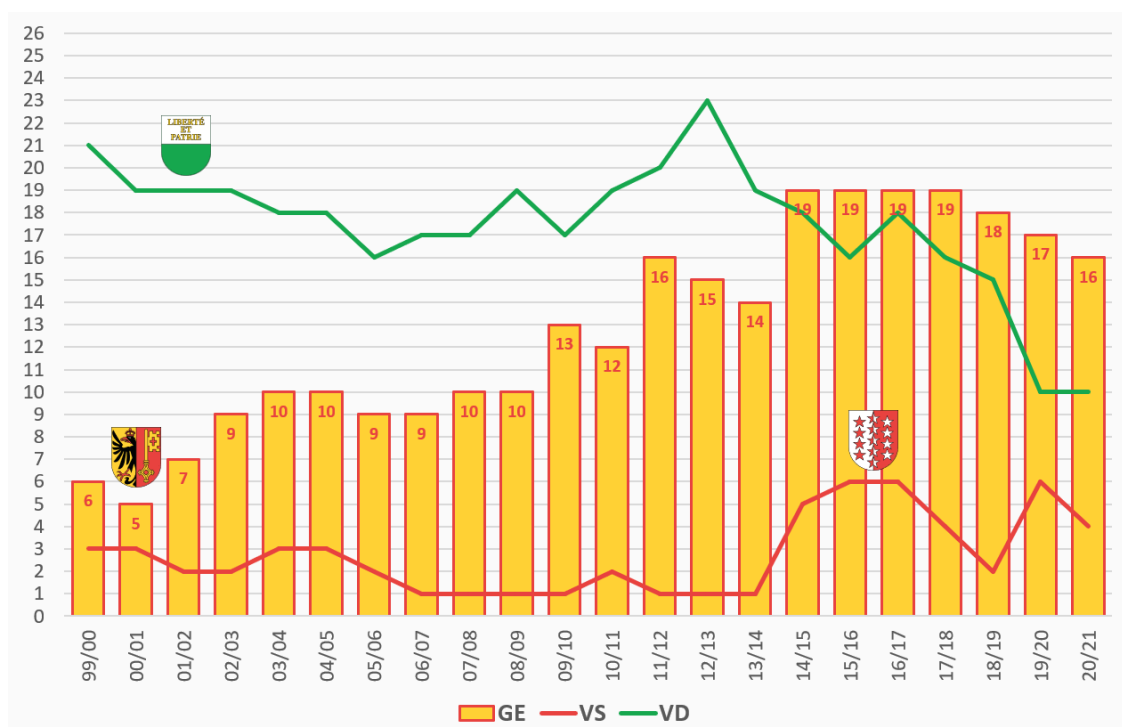
Figure 12 : L'évolution de la séparation dans l'espace lémanique



(OFS, 2022a/b)

L'évolution du rang de Genève dans la classification suisse des cantons les plus intégratifs illustre d'une autre manière cette stagnation. En 2000/01, le canton de Genève était le 5^e canton le plus intégratif et en 2020/21 il se retrouve à la 16^e place.

Figure 13 : Le rang de Genève dans la classification suisse des cantons les plus intégratifs



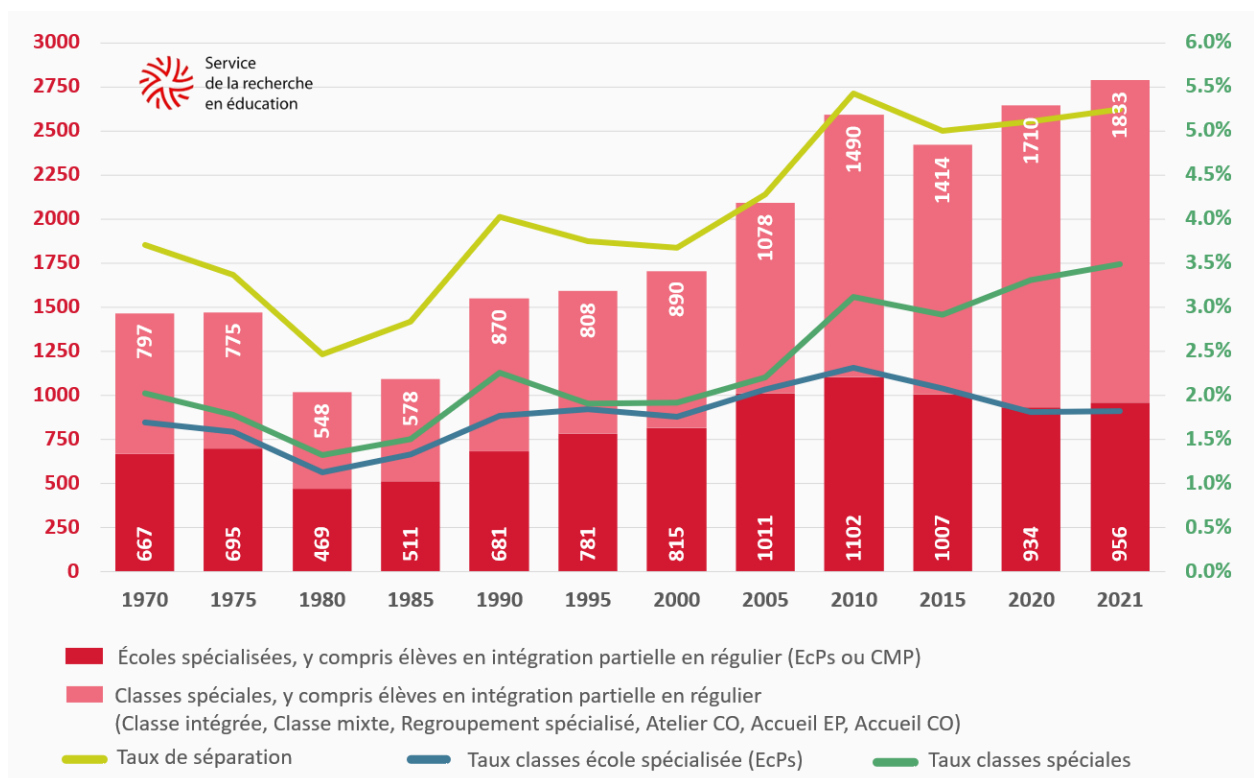
(OFS, 2022a/b)

Dans le domaine de l'intégration scolaire, le canton de Genève a été un canton exemplaire jusqu'au début des années 2000, même si une partie des élèves en situation de handicap a été institutionnalisée dans le canton de Vaud par faute d'offres résidentielles à Genève.

À l'instar des autres cantons, Genève connaît une forte augmentation de la séparation jusqu'en 2005, mais au lieu de diminuer, la séparation augmente depuis d'année en année. C'est un indice que les décisions prises dans le cadre de la mise en œuvre de l'AICPS n'ont pas permis de déployer une école plus inclusive à Genève. Ce constat remet en question une des conclusions du *rapport Evaluanda* : « Dès aujourd'hui, Genève peut donc affronter sereinement le défi de l'école inclusive, en s'étant doté d'un instrument performant au bénéfice de tous les enfants et jeunes du canton, apte à mieux soutenir et renforcer toutes les compétences et ressources présentes et nécessaires » (Boggio & Dandelot, 2010, p. 96). L'instrument cité est la création de l'OMP en 2011-12.

Le nombre d'élèves dans les différentes classes spéciales a fortement augmenté de 1490 à 1833 élèves entre 2010 et 2021. Sur la même période, le nombre d'élèves des écoles spécialisées a diminué de 1011 à 956 élèves. Cette évolution est positive parce qu'elle contrecarre le principe de l'offre qui crée la demande.

Figure 14 : Évolution des classes spéciales et des écoles spécialisées à Genève de 1970 à 2021



(SRED, 2022)

Avec ces 52 petites écoles spécialisées, regroupant au maximum trois classes, le canton de Genève dispose d'un potentiel énorme pour faire avancer l'inclusion scolaire des élèves ayant des besoins éducatifs particuliers. Il est plus simple de fermer une petite école spécialisée avec deux classes et à peine 20 élèves et de transférer les élèves et les ressources dans un établissement régulier que fermer une grande institution avec 500 élèves, comme les autres cantons le connaissent.

4) Opportunités pour l'organisation des ressources de pédagogie spécialisée dans les établissements scolaires réguliers.

Déployer les ressources de pédagogie spécialisée au sein des établissements scolaires

Les équipes enseignantes des établissements scolaires genevois intervenant dans l'encadrement des élèves sont multidisciplinaires. Elles se composent d'enseignants titulaires de classe régulière, maîtres de disciplines artistiques et sportives, enseignants chargés de soutien pédagogique, titulaires de classe d'accueil (pour les établissements disposant d'une telle structure), coordinateurs pédagogiques et assistants à l'intégration scolaire (selon les situations individuelles). Dans le projet pilote « dispositif des équipes pluridisciplinaires », les équipes en place ont été complétées par des enseignants spécialisés, des éducateurs, des logopédistes, des psychologues et des infirmiers. L'évaluation du projet-pilote montre le potentiel de la diversification des actions et les impacts positifs sur tout l'établissement scolaire (Jendoubi et al., 2017, p. 8) :

« Parallèlement, la présence de ces nouvelles compétences métier au sein des établissements a permis une augmentation de la réactivité d'intervention des équipes et la diversification des actions entreprises avec les élèves. Ainsi, de nombreuses prestations d'ordre pédagogique ou psychosocial (p. ex. estime de soi, expression des émotions, prévention des conflits) ont été organisées. Certaines d'entre elles visaient particulièrement un public d'élèves en difficulté, alors que d'autres favorisaient la participation de l'ensemble des élèves d'une classe et l'apprentissage du vivre-ensemble en misant sur un effet préventif. Les premiers effets positifs sur les élèves, en termes notamment de comportement, de motivation face au travail et d'apprentissages, ont pu être observés par une partie des enseignants et les spécialistes. À ceci s'ajoute enfin le rapprochement – à l'échelle des trois établissements pilotes – de deux mondes professionnels distincts, le pédagogique et le thérapeutique, et l'enrichissement mutuel qui en résulte. »

À la rentrée 2018, 16 établissements scolaires disposaient d'une équipe pluridisciplinaire (DIP, 2018). Par crainte de médicaliser l'école, le Grand Conseil de Genève n'a pas voulu octroyer les budgets nécessaires à la mise en place d'équipes pluridisciplinaires dans chaque établissement scolaire. Le projet pilote d'équipes pluridisciplinaires s'est ensuite déployé de manière différente qu'initialement prévu⁶.

⁶ Finalement, au primaire, en plus des infirmiers scolaires déjà existants dans tous les établissements, le déploiement des équipes pluridisciplinaires s'est fait petit à petit par corps professionnel, selon les budgets votés :

- Rentrées 2020-2021 : en plus des quelques ETP existants de psychologues, logopédistes, psychomotriciens dans quelques établissements, des éducateurs sociaux ont été déployés dans tous les établissements primaires (taux minimum de 80%) et certains secondaires

- Rentrées 2021-2022 : des enseignants spécialisés ont été déployés dans tous les établissements primaires (taux de 30-40%) et certains secondaires

- Rentrée 2023 : un taux minimum de 80% d'enseignant spécialisé par établissement primaire est prévu. Une augmentation de 9.8 ETP de psychologues, logopédistes, psychomotriciens est aussi prévue dans les établissements primaires.

- Rentrées suivantes : l'objectif est de continuer d'augmenter les ressources de psychologues, logopédistes, psychomotriciens.

Au CO/secondaire I, chaque établissement a une équipe médico-psycho-sociale complète (exemple : CO du Marais: <https://edu.ge.ch/site/comarais/equipe-medico-psycho-sociale/>)

Au secondaire II, la plupart des établissements a une équipe médico-psycho-sociale complète (exemple : EC-ECG Aimée-Stitelmann: <https://edu.ge.ch/secondaire2/stite/vie-de-lecole/services-de-lecole>)

Il s'avère nécessaire de bien distinguer les deux types d'équipes multidisciplinaires que le canton de Genève connaît actuellement : celles qui soutiennent l'apprentissage « équipes ressources spécialisées » (visée pédagogique) et celles qui ciblent les besoins de santé mentale « équipes mobiles de bas seuil de santé mentale » (visée médico-thérapeutique/pédopsychiatrique).

Chaque établissement scolaire de l'enseignement obligatoire devrait être doté d'une « équipe ressources spécialisées » comportant au moins des enseignants spécialisés, des logopédistes et des psychomotriciens. Les équipes peuvent être complétées par des éducateurs, des psychologues, des infirmiers et autres en fonction des besoins des établissements scolaires. Elles assurent le lien avec des structures externes, comme le service de santé de l'enfance et la jeunesse ou le service dentaire scolaire. L'objectif étant de soutenir de manière stable et durable les équipes enseignantes des établissements. Ce dispositif correspond aux mesures de pédagogie spécialisée de base (simples, ordinaires ou non renforcées) à l'intérieur des établissements, comme d'autres cantons les connaissent.

Les équipes doivent directement dépendre des directions des établissements scolaires, comme les autres professionnels de l'école pour garantir un bon fonctionnement. L'attachement hiérarchique aux directions des établissements augmente la marche de manœuvre des directions pour piloter l'inclusion scolaire au sein de leurs établissements (EA, 2022a). En même temps les équipes résolvent les problèmes liés aux interventions ayant lieu à l'extérieur de l'école (trajets, ressources non mutualisés) (cf. CE-FR, 2022).

Les « équipes ressources spécialisées » peuvent intervenir rapidement et de manière flexible sur les difficultés des élèves et prévenir des mesures plus lourdes comme l'orientation vers une classe intégrée ou une école spécialisée.

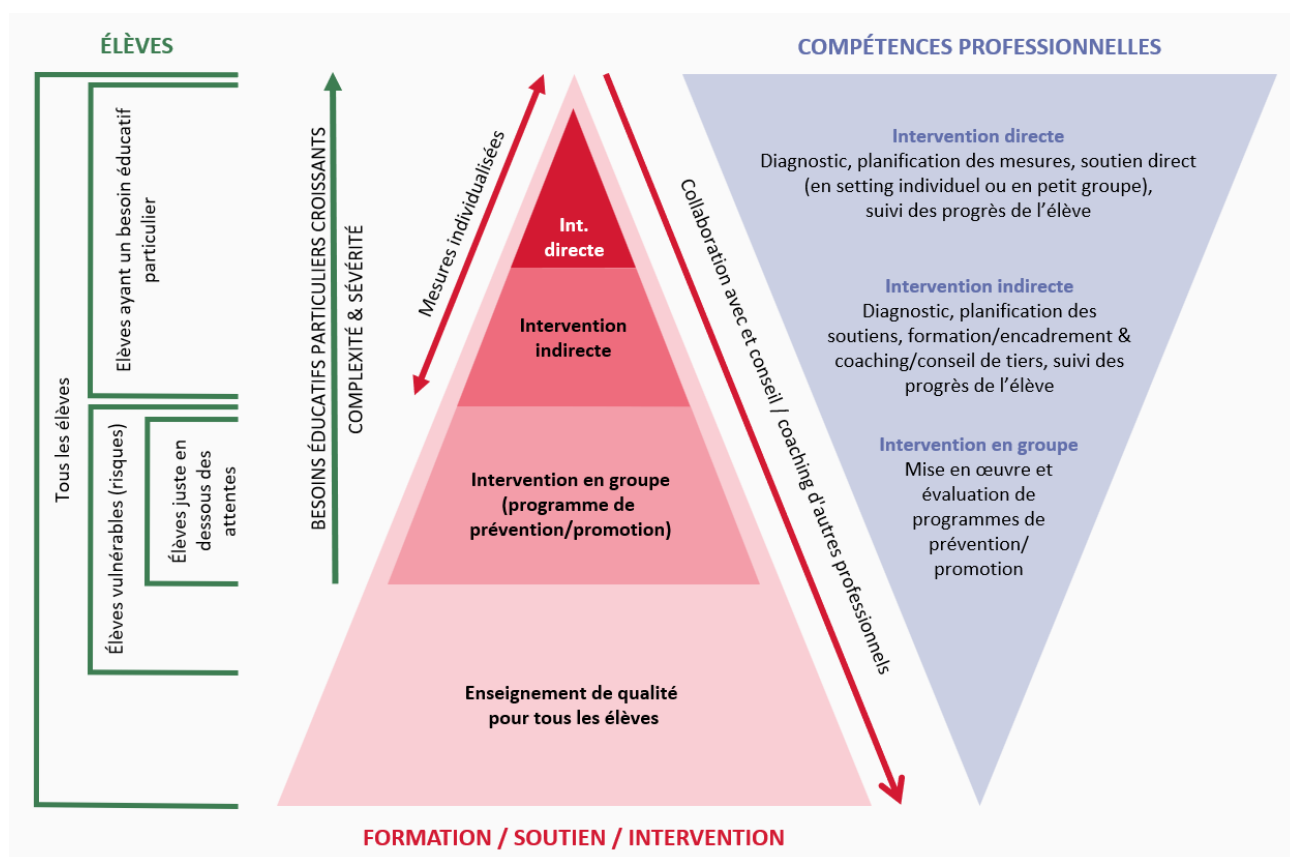
Diversifier les mesures de pédagogie spécialisée

À l'exception des classes intégrées et des classes des écoles spécialisées, les mesures de pédagogie spécialisée dans l'enseignement régulier (comme les mesures SPES, logopédie, psychomotricité) sont majoritairement déployées à un seul élève à la fois, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur de la classe.

Les recherches sur l'efficacité comparative montrent que les interventions de pédagogie spécialisée en petits groupes peuvent être aussi efficaces que les interventions individuelles. Les interventions indirectes, s'adressant à l'entourage de l'enfant (enseignants, parents et autres) peuvent être aussi efficaces que les interventions uniquement centrées sur l'enfant (Boyle et al., 2009). Il ne s'agit pas d'économiser, mais de multiplier les effets des ressources pour qu'elles puissent mieux servir aux élèves et au système entier.

L'école genevoise peut saisir ce potentiel pour augmenter l'efficacité et l'efficience des mesures de pédagogie spécialisée en variant les mesures en fonction des besoins effectifs de l'élève :

Figure 15 : Diversification des mesures de pédagogie spécialisée en fonction du niveau de besoin des élèves



(cf. Ebbels et al. 2019, S.6 & 12 ; Lanners, 2022c)

Un des enjeux majeurs de l'école actuelle en Suisse est de développer davantage les offres intermédiaires entre un enseignement de qualité s'adressant à tous les élèves (interventions universelles) et les mesures pointues sous forme de mesures individuelles directes s'adressant aux élèves ayant des besoins éducatifs particuliers (mesures renforcées de pédagogie spécialisée ou interventions intensives). L'occupation de l'espace intermédiaire influence l'orientation de l'élève rencontrant des difficultés d'apprentissage ou des comportements. S'il n'y a que peu de mesures intermédiaires, l'élève restera plus de temps en classe régulière et ce jusqu'au moment où la situation devient si complexe pour la classe et/ou l'enseignant titulaire qu'une orientation vers les mesures renforcées devient inéluctable. En revanche, si l'école dispose d'un ensemble de mesures simples ou ordinaires, comme le soutien et le conseil à l'enseignant titulaire, des ateliers pour les élèves de plusieurs classes sur des thèmes variés en fonction des besoins (p. ex. les stratégies d'apprentissage, la gestion des conflits ou encore les compétences sociales), l'élève peut acquérir de manière plus ciblée les compétences nécessaires pour poursuivre son parcours dans l'enseignement ordinaire. Ainsi, des orientations vers des mesures renforcées peuvent être évitées.

Le projet pilote « dispositif des équipes pluridisciplinaires » illustre bien les impacts positifs de la diversification des mesures de soutien (Jendoubi et al., 2017).

La diversification permet de mutualiser les ressources et de freiner l'augmentation progressive des mesures individuelles en logopédie et en psychomotricité à l'extérieur de l'école observée ces dernières années : « Entre 2016 et 2021, le nombre d'élèves avec des mesures de logopédie est passé de 3'411 à 3'529, soit une augmentation de 3,5 % (pour un coût en 2021 de 15 millions de

francs). Pour la psychomotricité, le nombre de bénéficiaires est passé de 621 à 742, soit une augmentation de 19,5 % (pour un coût en 2021 de 3,2 millions de francs) » (CE, 2023, p. 11).

Les règlements de reconnaissance de l'enseignement spécialisé, la logopédie et de la psychomotricité de la CDIP (2022) sont en cours de révision totale. Les profils des trois professions contiendront davantage de compétences au niveau de la diversification des interventions en milieu scolaire. Cette révision va favoriser l'inclusion scolaire (Willi, 2022).

5) Organisation de l'offre en pédagogie spécialisée (enseignement spécialisé, logopédie et psychomotricité) dans l'espace latin

L'analyse de l'organisation des mesures de pédagogie spécialisée (enseignement spécialisé, logopédie, psychomotricité) dans les cantons latins de l'espace de la conférence intercantonale de l'instruction publique (CIIP) permet de dégager deux modèles d'organisation.

Dans la majorité des cantons la pédagogie spécialisée est une entité intégrée aux services de l'enseignement régulier. Deux variantes sont possibles, soit la pédagogie spécialisée est intégrée à l'enseignement obligatoire (modèle 1b : BE-JU-NE-VD), soit elle forme une entité transversale pour l'enseignement obligatoire et l'enseignement secondaire II (modèle 1a : VS).

Dans le deuxième modèle l'entité de pédagogie spécialisée est séparée et constitue une entité (silo) parallèle à ceux de l'enseignement obligatoire et l'enseignement secondaire II. Les cantons de Fribourg, de Genève et du Tessin utilisent ce modèle.

Figure 16 : Organisation de l'offre en pédagogie spécialisée (enseignement spécialisé, logopédie et psychomotricité) dans l'espace latin

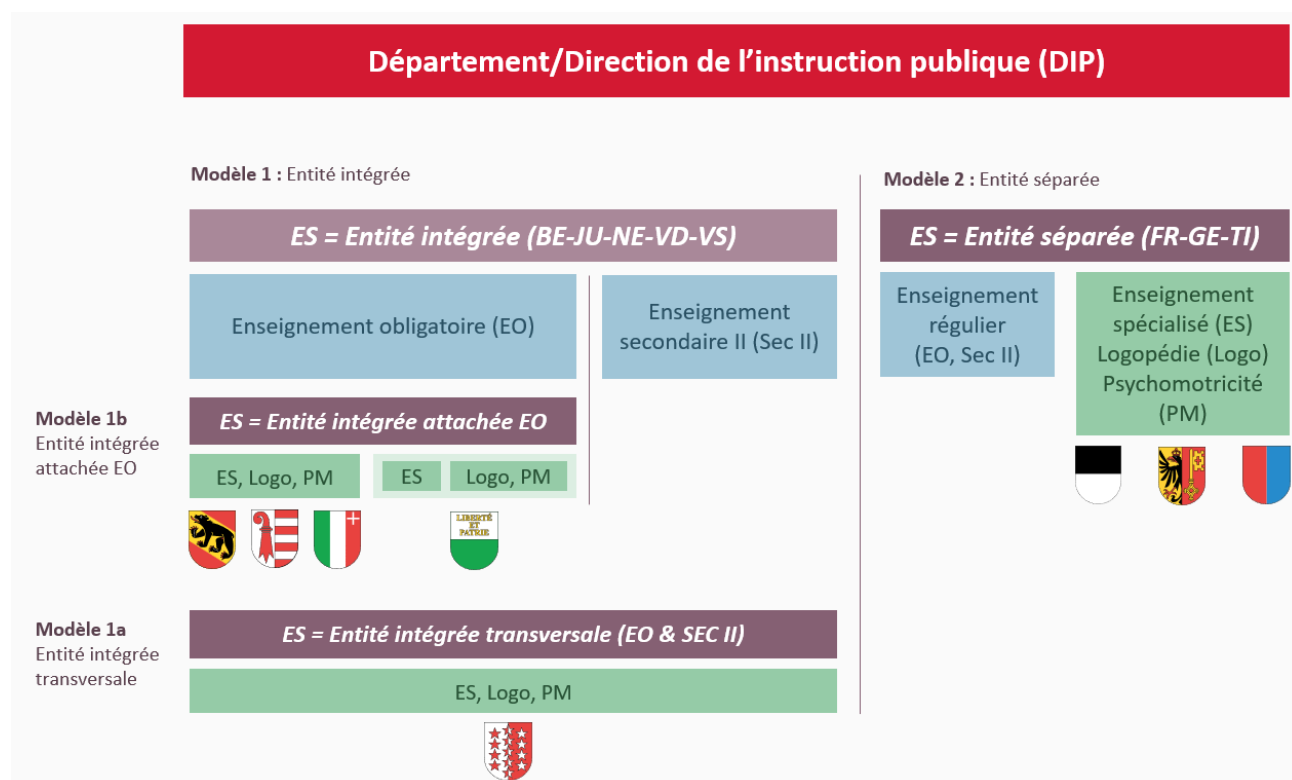


Tableau 3 : Départements et directions de l'instruction publique en Romandie

Berne (francophone)	<p>Direction de l'instruction publique et de la culture https://www.bkd.be.ch/fr/start/ueber-uns/die-organisation.html Office de l'école obligatoire et du conseil (OEEO) https://www.bkd.be.ch/fr/start/ueber-uns/die-organisation/amt-fuer-kindergarten-volksschule-und-beratung.html Section de l'offre ordinaire de l'école obligatoire, partie francophone (Section francophone) Section de l'offre spécialisée de l'école obligatoire Service psychologique pour enfants et adolescents</p>
Fribourg	<p>Direction de la formation et des affaires culturelles (DFAC) https://www.fr.ch/dfac (organigramme) Service de l'enseignement spécialisé et des mesures d'aide (SESAM) : https://www.fr.ch/dfac/sesam Organigramme SESAM https://www.fr.ch/document/429661 Secteur pédagogique & secteur pédago-thérapeutique</p>
Genève	<p>Département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse https://www.ge.ch/organisation/departement-instruction-publique-formation-jeunesse-dip Organigramme https://www.ge.ch/document/4207/telecharger Office médico-pédagogique https://www.ge.ch/organisation/direction-generale-office-medico-pedagogique</p>
Jura	<p>Département de la formation, de la culture et des sports (DFCS) https://www.jura.ch/fr/Autorites/Administration/DFCS/Departement-de-la-formation-de-la-culture-et-des-sports-DFCS.html Service de l'enseignement (SEN) https://www.jura.ch/fr/Autorites/Administration/DFCS/SEN/Service-de-l-enseignement-SEN.html Section pédagogie spécialisée https://www.jura.ch/DFCS/SEN/Mesures-pedago-therapeutiques/Mesures-pedago-therapeutiques.html</p>
Neuchâtel	<p>Département de la formation, de la digitalisation et des sports (DFDS) https://www.ne.ch/autorites/DFDS Organigramme : https://www.ne.ch/autorites/DFDS/Pages/organigramme.aspx Le service de l'enseignement obligatoire (SEEO) https://www.ne.ch/autorites/DFDS/SEEO/Pages/accueil.aspx L'office de l'enseignement spécialisé (OESN) : https://www.ne.ch/autorites/DFDS/SEEO/enseignement-specialise/Pages/accueil.aspx</p>
Tessin	<p>Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport https://www4.ti.ch/decs/dipartimento Divisione della scuola https://www4.ti.ch/decs/ds/divisione Sezione della pedagogia speciale https://www4.ti.ch/decs/ds/sps/sezione</p>
Valais	<p>Département de l'économie et de la formation https://www.vs.ch/web/def Service de l'enseignement https://www.vs.ch/web/se Organigramme https://www.vs.ch/web/se/organigramme Office de l'enseignement spécialisé https://www.vs.ch/web/oes</p>
Vaud	<p>Direction générale de l'enseignement obligatoire et de la pédagogie spécialisée (DGEO) https://www.vd.ch/toutes-les-autorites/departements/departement-de-lenseignement-et-de-la-formation-professionnelle-def/direction-generale-de-lenseignement-obligatoire-et-de-la-pedagogie-specialisee-dgeo Organigramme : https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/di/dgeo/fichiers_pdf/Organigrammes/Organigramme_DGEO_Ao%C3%BBt2022_DGA.pdf Direction pédagogique (DP) https://www.vd.ch/toutes-les-autorites/departements/departement-de-lenseignement-et-de-la-formation-professionnelle-def/direction-generale-de-lenseignement-obligatoire-et-de-la-pedagogie-specialisee-dgeo/direction-pedagogique Direction psychologie, psychomotricité, logopédie en milieu scolaire (DPPLS) https://www.vd.ch/toutes-les-autorites/departements/departement-de-lenseignement-et-de-la-formation-professionnelle-def/direction-generale-de-lenseignement-obligatoire-et-de-la-pedagogie-specialisee-dgeo/direction-psychologie-psychomotricite-et-logopedie-en-milieu-scolaire</p>

6) Risques identifiés et les questionnements de la commission du personnel de l'OMP (novembre 2022)

OFFICE MEDICO-PEDAGOGIQUE : Tout est dans le trait d'union

L'intrication de la « pédagogie » et du « médical » – dont l'histoire est longue et délicate – a permis l'élaboration de prises en charge exigeantes, bien que souvent méconnues. Ainsi, s'il semble évident à Genève que l'OMP s'occupe de l'Enseignement Spécialisé (ES) ainsi que des 12 consultations ambulatoires publiques, les liens entre l'ES et les consultations semblent être ignorés, voire disqualifiés. Il ne s'agit pourtant pas de deux entités distinctes et aisément dissociables. Le personnel constituant le « pôle thérapeutique » travaillant au sein des consultations (ainsi qu'au cycle d'orientation) intervient en effet également dans l'ES pour son énorme majorité (Responsables Thérapeutiques, logopédistes, psychométricien.ne.s).

Par conséquent, ce qui pourrait apparaître initialement à un observateur externe comme un imbroglio n'est, en définitive, qu'un modèle particulièrement opérationnel qui répond à la complexité de la tâche : un enchevêtrement de liens, de collaborations et de soutiens nécessaires pour qu'un travail de qualité puisse se déployer auprès des jeunes pris en charge. De la dentelle, qu'un coup de ciseau menace actuellement.

L'école obligatoire est un lieu privilégié de socialisation et d'observation du développement de l'enfant. La proximité de cette dernière avec une structure telle que l'OMP permet d'identifier au plus vite les éventuels besoins sociodéveloppementaux et permet la mise en place des soutiens nécessaires. Les familles, l'école et les consultations constituent un trio qui se solidarise autour des jeunes. Une scission de l'OMP impacterait par conséquent les trois champs.

Ainsi, au moment où des experts « indépendants » vont devoir déterminer « les opportunités et les risques d'un changement d'organisation », nous ne pouvons pas nous résoudre au fait que le modèle de prise en charge de l'OMP soit purement et simplement discrédité. Nous avons donc fait l'exercice de lister un certain nombre de risques qu'engendrerait un transfert des consultations de secteur de l'OMP aux HUG, aboutissant de toute évidence à une perte globale de la qualité de la prise en charge des jeunes du canton.

Après avoir énuméré les risques identifiés, il sera temps dans une dernière partie de se questionner sur les raisons de la situation actuelle et d'un tel projet.

Risques liés à un glissement des consultations de l'OMP aux HUG

- Perte du lien, du soutien et des interventions à l'école (enseignement spécialisé et régulier) afin d'identifier, par divers testing et évaluations (cognitive, attentionnelle, affective, logopédique, psychomotrice, etc.), les enfants les plus à risque dans leur développement et permettre la mise en place des soins appropriés suffisamment tôt pour les soutenir ;
- Perte de la facilité de rencontre (école et consultation) autour de situations complexes ;
- Manque de coordination dans la mise en place de soins qui permettent de favoriser l'évolution de l'enfant (par exemple des prises en charge précoces permettant le maintien de l'enfant en régulier) ;
- Manque de coordination entre les soins et la scolarité avec un risque pour les familles de liens distendus entre la consultation et l'école ;
- Perte d'une culture institutionnelle globale au service de l'ensemble des besoins développementaux de l'enfant ;
- Perte d'un fondement du travail dans l'ES : un travail de mise en lien, de mise en perspective et de compréhension qui se coconstruit en équipe interdisciplinaire avec la mise en place d'un cadre pédagogique et éducatif adapté aux besoins de l'enfant ;

- Mise à mal des connaissances interdisciplinaires : moins liées, tant dans les consultations que dans l'ES, avec des professionnels de moins en moins outillés par les différents apports théoriques et cliniques pluridisciplinaires. Cette collaboration permet de mieux connaître les contours des autres professions et définir ensemble la cohérence des prises en charge ;
- Perte du travail en binôme RP-RT en ES (la dimension thérapeutique étant réduite à une simple fonction de « conseil et soutien ») ;
- Risques dans les situations de négligence et de maltraitance révélées dans le cadre de l'ES. Situations qui nécessitent le plus souvent une collaboration et une articulation étroites entre les besoins de protection de l'enfant, les besoins de soin de l'enfant, le soutien et/ou l'accompagnement thérapeutique des familles permettant à terme une poursuite du travail pédagogique et éducatif ;
- Perte de la proximité de la prise en charge si un déménagement était induit par la restructuration, avec par conséquent la perte de la connaissance du terrain social et thérapeutique du quartier. Cette proximité permet un contact privilégié dans les situations précaires, un accès facilité aux soins, un accompagnement et une intégration sociale de proximité ;
- Perte d'un recours accessible aux soins ou à l'orientation (indispensable dans les milieux précarisés) alors que le système est déjà sous tension ;
- Perte d'un lieu réunissant les prestations, ainsi que la sécurité qu'offre, pour les parents plus fragiles, le système actuel grâce au lien de confiance qui se construit et organise la cohérence du social, du scolaire et des soins de l'enfant. Perte de la facilité de rencontre et d'échanges autour de situations complexes communes créant un sentiment d'unité pour les parents quant à la prise en charge ;
- Ralentissement de la prise en charge de première intention, augmentation de la durée des évaluations par une collaboration moins souple et des évaluations n'émanant plus d'une collaboration pluridisciplinaire ;
- Difficultés de mettre en place des groupes de soins pluriprofessionnels axés conjointement sur le développement du langage et de la communication (logopédie), le développement psychomoteur, ainsi que la dimension symbolique et émotionnelle (développement psychoaffectif) ;
- Passage d'un service public permettant un travail de prévention, évaluation et traitement accessible à toutes et tous de manière équitable vers un service orienté vers la rentabilité des soins ;
- Réduction des soins si la réorganisation induisait une diminution des postes ;
- Mise à mal de la complémentarité médecin-psychologue, risques au niveau des prises en charge aiguës (ex : décompensation psychique grave, risques suicidaires), et du remboursement par les assurances maladie (médication, besoin de prescription) ;
- Risque de départs de thérapeutes en privé, qui ne se conçoivent pas comme des « thérapeutes scolaires », mais bien des psychothérapeutes intervenant en milieu scolaire. La double activité consultation/travail en milieu scolaire est complémentaire et enrichissante de part et d'autre. Moins de mobilité pour les thérapeutes dans leur formation et carrière professionnelles (le passage entre « thérapeute en milieu scolaire » et « psychothérapeute » est actuellement fluide) ;
- Perte d'une formation intégrée au lieu de travail et in fine d'une compétence. L'OMP est le seul lieu actuellement habilité dans le canton de Genève pour la formation fédérale des psychologue-psychothérapeutes pour enfants. Ce corps de métier deviendrait tributaire de formations effectuées dans d'autres cantons ;
- Moins (voire suspension) de stagiaires psychologues. Pour l'instant, la majorité des places de stage pour les psychologues psychothérapeute est fournie par l'OMP selon un ratio OMP/HUG de 10/1 ;
- Éloignement des psychologues du CO des consultations. Or, leur rattachement est indispensable à leurs fonctions de prévention et de soins (notamment concernant les risques suicidaires majeurs dans cette tranche d'âge et l'important travail de prévention au CO) ;

In fine... pourquoi un tel « projet » de scission ?

Au cours de ces dernières années, l'OMP a été confronté à des difficultés majeures sur plusieurs plans : stratégies incohérentes, gouvernance, augmentation massive des structures, nouveaux dispositifs, désintrinsication des deux pôles et affaiblissement du pôle médico-thérapeutique. De plus, les moyens nécessaires à son fonctionnement n'ont pas été alloués : les nouveaux postes ont couvert principalement l'ouverture de nouvelles structures et la mise en place de « prestations inclusives » au service de l'école régulière (ex. les dizaines de postes SPES de soutien en classe régulière).

Les consultations de secteur, elles, sont restées sous-dotées et n'ont pratiquement pas obtenu de ressources supplémentaires, pourtant maintes fois demandées ces dix dernières années. Ce service public ne peut donc à l'heure actuelle plus répondre à la demande et doit instaurer un système de listes d'attente. Celles-ci s'allongent de manière inquiétante (pour des bilans comme des traitements, la logopédie étant l'exemple le plus évident). Malgré cela, la qualité de la prise en charge ne semble pas mise en question : en effet, des questionnaires de satisfaction remplis par les usagers des consultations atteignent depuis 10 ans des taux de satisfaction avoisinants 90 %.

À ce point nous pouvons poser les questions suivantes :

Quels problèmes résoudrait une scission ?

Lesquels créerait-elle ?

Comment expliquer la corrélation entre des ressources insuffisantes et un changement d'organisation ?

Quels sont les arguments qui soutiennent un tel projet, à part le fait que l'OMP va « mal » depuis quelques années, ce qui est tout à fait logique compte tenu de sa situation critique décrite plus haut ? N'y a-t-il pas un sérieux problème quant au « diagnostic » des difficultés et au « traitement » envisagé ?

Ne conviendrait-il donc pas dans un premier temps d'évaluer réellement les besoins et les ressources médico-thérapeutiques nécessaires et de les pourvoir à l'OMP dans un second ? Puis d'en analyser les effets dans un troisième ?

Ne conviendrait-il pas d'envisager de réintroduire ce qui fait l'ADN de l'OMP, à savoir une véritable intrication des deux pôles, non seulement au niveau de la direction, mais aussi et surtout à tous les niveaux de son organisation ? Les collaborateurs semblent encore en être convaincus malgré les turbulences.

Enfin, nous ne pouvons qu'interroger la logique d'un Département qui concerne l'instruction publique, la formation et la jeunesse, d'envisager une telle scission dans la prise en charge des jeunes. Il a été dit que ce n'est pas la mission du DIP que de faire du soin. En revanche, il semble que les places de la médecine pédiatrique et dentaire (SSEI) ou de la protection de la jeunesse (SPMi) ne soient pas remises en question. Le département aurait-il donc une représentation des besoins des jeunes du canton qui comprendrait la pédagogie, la santé somatique et dentaire, la protection, mais pas la santé psychique ? Pourquoi scinder un office qui réunit le bien-être « scolaire ET psychique », précisément si interdépendants ?

Bibliographie

- Accord intercantonal sur la collaboration dans le domaine de la pédagogie spécialisée (AICPS) du 25 octobre 2007. https://edudoc.ch/record/87690/files/Sonderpaed_f.pdf ; rs/GE C 1 08, https://silgeneve.ch/legis/program/books/rsg/htm/rsg_c1_08.htm
- AIR-SPS (2014). *Lignes directrices pour l'aménagement de la psychologie scolaire en Suisse (standards de la psychologie scolaire)*. Berne, Association intercantonale des responsables des services cantonaux de psychologie scolaire, <http://www.schulpsychologie.ch/wordpress/wp-content/uploads/2011/01/Lignes-directrices-pour-l-am%C3%A9nagement-de-la-psychologie-scolaire.pdf>
- AIR-SPS (2023). *Services de psychologie scolaire dans les cantons*. Berne, Association intercantonale des responsables des services cantonaux de psychologie scolaire, <http://www.schulpsychologie.ch/ihre-ansprechpartner-in-den-kantonen/>
- BAG (2016). *Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*. Bern, Bundesamt für Gesundheit, https://sbap.ch/wp-content/uploads/2017/06/Bericht_Zukunft_Psychiatrie_DE.pdf
- Berger et al. (2022). Scoping review of stepped care interventions for mental health and substance use service delivery to youth and young adults. *Early Intervention in Psychiatry*, 16, 327–341, <https://doi.org/10.1111/eip.13180>
- Binet, A. & Simon, T. (1905). Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. *L'Année psychologique*, 11, 191-244, <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k9647203g/f207.item>
- Boggio, Y. & Dandelot, M. (2010). *Rapport Evaluanda : Fonctionnement de l'enseignement spécialisé : mandat du secrétariat général du DIP : Rapport final du 31 janvier 2010*. Genève : DIP. <https://edudoc.ch/record/37901/>
- Boyle, J. M et al. (2009). Direct versus indirect and individual versus group modes of language therapy for children with primary language impairment: principal outcomes from a randomized controlled trial and economic evaluation. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(6), 826–846. <https://doi.org/10.1080/13682820802371848>
- Bureau de statistique du Département fédéral de l'intérieur (1897). *Dénombrement des enfants faibles d'esprit en âge de fréquenter l'école, y compris ceux qui sont atteints d'infirmités physiques ou qui sont négligés et moralement abandonnés (vol. 1 et 2)*. Berne, EDI, Kommissionsverlag (Schmid & Franke).
- CDIP (2007a). *Terminologie uniforme pour le domaine de la pédagogie spécialisée adoptée par la CDIP le 25 octobre 2007 sur la base de l'accord intercantonal sur la collaboration dans le domaine de la pédagogie spécialisée*. Berne, CDIP, http://edudoc.ch/record/25918/files/Terminologie_f.pdf
- CDIP (2007b). *Procédure d'évaluation standardisée (PES)*. Berne, CDIP, <https://www.cdip.ch/fr/themes/pedagogie-specialisee> & CSPS, <https://www.csp.ch/themes/pes/documents>
- CDIP (2020). *Liste des cantons signataires (AICPS)*. Berne, CDIP, https://edudoc.ch/record/210898/files/liste_rat_df.pdf
- CDIP (2022). *Enquête auprès des cantons (année scolaire 2021/22)*. Berne, CDIP, <https://www.cdip.ch/fr/systeme-educatif/organisation/enquete-aupres-des-cantons>
- CDIP (2023). *Révision totale des règlements de reconnaissance concernant les professions pédagogiques thérapeutiques*. Berne, CDIP, <https://www.cdip.ch/fr/documentation/consultations>
- CE (2019). *Rapport de planification sanitaire 2020-2023 du canton de Genève a été adopté le mercredi 11 décembre 2019 par le Conseil d'État*. Genève, Conseil d'État, <https://www.ge.ch/document/18493/telecharger>
- CE (2023). *Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur l'évolution de l'école plus inclusive (RD 1502)*. Genève, Conseil d'État, <https://ge.ch/grandconseil/data/texte/RD01502.pdf>
- CE-FR (2022). *Réponse du Conseil d'État à un instrument parlementaire*. Fribourg, Conseil d'État, https://www.parlinfo.fr.ch/dl.php/fr/ax-6390494499060/fr_RCE_2022-GC-117_liberte_organisation_SLPP.pdf
- Cst, Constitution fédérale de la Confédération Suisse du 18 avril 1999 (État le 13 février 2022). RS 101, <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1999/404/fr>
- Cst, Constitution fédérale de la Confédération suisse du 29 mai 1874. RS 101, https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1/1_1_1/fr

- CSPS (2021). *Enquête cantonale : directions/départements responsables des interventions précoces intensives (IPI) pour les jeunes enfants atteints d'un trouble du spectre autistique (TSA)*. Berne, CSPS, non publié.
- DIP (2018). *Des équipes pluridisciplinaires dans 16 établissements primaires à la rentrée 2018*. Genève, DIP, <https://www.ge.ch/dossier/ecole-plus-inclusive-geneve/projets-realizations/equipes-pluridisciplinaires-16-etablissements-primaires-rentree-2018>
- DIP (2023a). *L'école inclusive, c'est quoi ?* Genève, DIP, <https://www.ge.ch/dossier/ecole-plus-inclusive-geneve/presentation-ecole-inclusive/ecole-inclusive-c-est-quoi>
- DIP (2023b). *Point de situation sur le plan d'action de l'OMP*. Genève, DIP, <https://www.ge.ch/document/31117/telecharger>
- DIP (2023c). *Direction générale de l'office médico-pédagogique*. Genève, DIP, <https://www.ge.ch/organisation/direction-generale-office-medico-pedagogique>
- DIP-SRED (2022). *Communication personnelle sur les dispositifs au 15.11.2022*. Genève, DIP & SRED (non-publié).
- EA (2018). *European Agency Statistics on Inclusive Education: 2016 Dataset Cross-Country Report*. (J. Ramberg, A. Lénárt, and A. Watkins, eds.). Odense, European Agency for Special Needs and Inclusive Education, <https://www.european-agency.org/sites/default/files/easie-2016-dataset-cross-country-report.docx>
- EA (2022). *Supporting Inclusive School Leadership*. Odense, European Agency for Special Needs and Inclusive Education, <https://www.european-agency.org/activities/SISL>
- Ebbels, S.H. et al. (2019). Evidence-based pathways to intervention for children with language disorders. *International journal of language & communication disorders*, 54(1), 3 –19. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12387>
- Garcia Iglesias, M. (2022). *Etude des « Equipes multidisciplinaires » au sein du OMP, détachés dans le cycle d'orientation - Travail des Psychologues- Psychothérapeutes de l'OMP détachés au Cycle d'Orientation 2021/22*. Genève, OMP (non-publié).
- Garibian, T. (2023). De la question pénale à la question sociale. Les mutations de la pédopsychiatrie vaudoise (1930-1970). In M. Janett, U. Germann & U. Hafner (Hrsg.). *Das Problem Kind – Zur Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Schweiz im 20. Jahrhundert*. (p. 108-120). Itinera 50 Supplément de la revue suisse d'histoire. Basel, Schwabe, <https://doi.org/10.24894/978-3-7965-4619-8>
- Gerlings, A. & Mühlemann, K. (2006). Bildungsstatistik im Wandel. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 12(6), 10-15, <https://edudoc.ch/record/3934>
- Graf, D. (2021). Treatment outcome of an intensive psychiatric home treatment for children and adolescents: a non-randomized controlled pilot evaluation. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01919-y>
- Grob, A. (2014). Propre image et tâches de la psychologie scolaire et du conseil en éducation *Psychologie & éducation*, 2, 10-15. https://www.skjp.ch/fileadmin/PDF_Word/PuE/2010-2019/PuE_2014_2.pdf
- Grunz-Stoll, J. (2011). *Dictionnaire historique de la Suisse (DHS)*, <https://hls-dhs-dss.ch/fr/articles/010411/2011-10-26/>
- Guggenbühl, J.J. (1844). *L'Abendberg, établissement pour la guérison et l'éducation des enfants crétiens à Interlaken, canton de Berne*. Fribourg, Schmid-Roth, <https://books.google.ch/books?id=Uz4UAAAAQAAJ>
- Hoffman, M. (2023). Pädagogische Praxis und Wissen vom Kind. Entwicklungsvorstellungen im Kontext von Schule, Heilpädagogik, Psychologie und Medizin um 1900 in der Schweiz. In M. Janett, U. Germann & U. Hafner (Hrsg.). *Das Problem Kind – Zur Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Schweiz im 20. Jahrhundert*. (p. 17-30). Itinera 50 Supplément de la revue suisse d'histoire. Basel, Schwabe, <https://doi.org/10.24894/978-3-7965-4619-8>
- IDES (2022). *Enquête auprès des cantons. Pédagogie spécialisée et mesures particulières*. Berne, IDES/EDK, <https://www.edk.ch/fr/systeme-educatif/organisation/enquete-aupres-des-cantons/A5-pedagogie-specialisee-et-mesures-speciales>
- Jendoubi, V. et al. (2017). *Évaluation du projet pilote « Équipes pluridisciplinaires »*. Genève, SRED, <https://www.ge.ch/document/10031/telecharger>
- Jörg, R. et al. (2022). Taux de couverture régionaux par domaine de spécialisation pour servir de base aux nombres maximaux dans les soins médicaux ambulatoires. Berne, Observatoire suisse de la santé (Obsan), [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv-leistungen/rev-kvg-zulassung-leistungserbringer/obsan-bericht-versorgungsgrade.pdf.download.pdf/Obsan%20et%20BSS%20\(2022\)_Rapport%20sur%20les%20taux%20de%20couverture%20en%20soins.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv-leistungen/rev-kvg-zulassung-leistungserbringer/obsan-bericht-versorgungsgrade.pdf.download.pdf/Obsan%20et%20BSS%20(2022)_Rapport%20sur%20les%20taux%20de%20couverture%20en%20soins.pdf) &

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/leistungserbringer/hoestzahlen-aerzte-aerztinnen.html>

- Kwok, K.H.R, Yuan, S.N.V. & Ougrin, D. (2016). Alternatives to inpatient care for children and adolescents with mental health disorders. *Child Adolesc Ment Health*. 21(1), 3-10. <https://doi.org/10.1111/camh.12123>
- Lanners, R. (2022a). De la séparation à l'inclusion : La Suisse en route vers une école inclusive. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, ANAE, 177, 195-202. <https://www.anae-revue.com/>
- Lanners, R. (2022b). Maîtrise des coûts ou la gestion des ressources en pédagogie spécialisée. *Revue Suisse de pédagogie spécialisée*, 12(2), 55–59. <https://ojs.szh.ch/revue/article/view/1076>
- Lanners, R. (2022c). Die pädagogisch-therapeutischen Berufe und die schulische Inklusion. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 28(1), 45-50. <https://ojs.szh.ch/zeitschrift/article/view/988>
- Loi sur l'instruction publique (LIP) du 17 septembre 2015, C 1 10, https://silgeneve.ch/legis/data/rsg_c1_10.htm
- McCotter, V (2018). Mental Health Green – Paper : DfE Update. <https://www.corc.uk.net/media/1923/vivmccotter-green-paper-presentation-november-2018.pdf>
- Müller, C. (1997). *De l'asile au centre psychosocial : esquisse d'une histoire de la psychiatrie suisse*. Lausanne, Payot.
- Nardone, M. (2023). La psychiatisation de la protection des mineur-e-s dans le Cantons du Tessin. Tensions et conséquences (1949-1981). In M. Janett, U. Germann & U. Hafner (Hrsg.). *Das Problem Kind – Zur Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Schweiz im 20. Jahrhundert*. (p. 136-150). Itinera 50 Supplément de la revue suisse d'histoire. Basel, Schwabe, <https://doi.org/10.24894/978-3-7965-4619-8>
- Neuhaus, E & Galle, S. (2023). « Eine sichere Grundlage für die Fürsorge-Erziehung » Die Gründung und Ausrichtung der ersten kinderpsychiatrischen Beobachtungsstation in der Schweiz 1921 bis 1932. In M. Janett, U. Germann & U. Hafner (Hrsg.). *Das Problem Kind – Zur Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Schweiz im 20. Jahrhundert*. (p. 31-47). Itinera 50 Supplément de la revue suisse d'histoire. Basel, Schwabe, <https://doi.org/10.24894/978-3-7965-4619-8>
- OFS (2021). *Personnel des écoles 2019/20 : scolarité obligatoire, degré secondaire II et degré tertiaire (écoles supérieures)*. Neuchâtel, Office fédérale de la statistique, <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/164444025/master>
- OFS (2022a). *Elèves de la pédagogie spécialisée : tableaux de base 2020/21*. Neuchâtel, Office fédérale de la statistique, <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/21285138/master>
- OFS (2022b). *Élèves et étudiants : tableaux de base 2020/21*. Neuchâtel, Office fédérale de la statistique, <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/21285125/master>
- OFS (2023). *École obligatoire*. Neuchâtel, Office fédérale de la statistique, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/education-science/personnes-formation/ecole-obligatoire.html>
- OMP-SPEA-FPA (2020). *Programme de formation postgraduée et continue en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent – 2021/22*. Genève, HUG, https://www.hug.ch/enfants-ados/sites/hde/files/2021-2022_programme_de_formation_postgraduee_et_continue.pdf
- ONU (2006). *Convention relative aux droits des personnes handicapées*, <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2014/245/fr>
- ONU (2022). *Observations finales concernant le rapport initial de la Suisse*, https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CRPD%2fC%2fCHE%2fCO%2f1&Lang=en
- PPLS (2023). *Psychologie, psychomotricité et logopédie en milieu scolaire*. Lausanne, DEF, <https://www.vd.ch/themes/formation/enseignement-obligatoire-et-pedagogie-specialisee/psychologie-psychomotricite-et-logopedie-en-milieu-scolaire>
- Promotion Santé Suisse (2020). *Projet «PsyYoung – Détection et intervention transcantonales précoces chez les adolescent-e-s et les jeunes adultes avec statut de risque»*. Berne, Promotion Santé Suisse, <https://promotionsante.ch/prevention-dans-le-domaine-des-soins-pds/soutien-de-projets/projets-soutenus/projet-psyyoung>
- Règlement sur la pédagogie spécialisée (RPSpéc) du 23 juin 2021, C 1 12.05, https://silgeneve.ch/legis/data/rsg_c1_12p05.htm
- Ruchat, M (2002). Figures de l'arriéré scolaire et caricatures d'Edouard Claparède : Genève, 1908. *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »* 4, 113-126, <https://doi.org/10.4000/rhei.55>

- Ruchat, M. (2003). *Inventer les arriérés pour créer l'intelligence. L'arriéré scolaire et la classe spéciale : Histoire d'un concept et d'une innovation psychopédagogique, 1874-1914*. Bern, P. Lang, <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:28419>
- Sayad, E. (2014). Les services de psychologie scolaire en Romandie. *Psychologie & éducation*, 2, 23-25, https://www.skjp.ch/fileadmin/PDF_Word/PuE/2010-2019/PuE_2014_2.pdf
- Schaffner-Hännly, E. (1997). *Wo Europas Kinderpsychiatrie zur Welt kam : Anfänge und Entwicklungen in der Region Jurasüdfuss (Aargau, Solothurn, Bern, Freiburg, Neuenburg)*. Dietikon, Juris Druck + Verl.
- SLPP (2023). *Services de logopédie, psychologie et psychomotricité*. Fribourg, DFAC, <https://www.fr.ch/formation-et-ecoles/scolarité-obligatoire/services-de-logopedie-psychologie-et-psychomotricite>
- SPG (2011). *Dialogue de sourds à l'office médico-pédagogique*. Genève, Société pédagogique de Genève, <https://www.le-ser.ch/dialogue-de-sourds-loffice-medico-pedagogique>
- SRED (2022). *Communication personnelle : les données fournies comprennent les élèves de la scolarité obligatoire de l'enseignement public (EP et CO) ainsi que les élèves de l'enseignement spécialisé public et subventionné. Sont exclus les élèves de l'enseignement spécialisé secondaire II, ainsi que les élèves de plus de 17 ans pour les institutions qui accueillent des élèves de tous âges*. Genève, SRED.
- SRED (2023). *Annuaire statistique de l'enseignement public et privé à Genève (2021)*. Genève, SRED, <https://www.ge.ch/annuaire-statistique-enseignement-public-prive-geneve>
- Stocker, D. et al. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Bern, Bundesamt für Gesundheit, <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/psychische-gesundheit/politische-auftraege/versorgungssituation-psychisch-erkrankter-personen.pdf.download.pdf/versorgungssituation-psychisch-erkrankter-personen-in-der-schweiz-2016.pdf>
- Stocker, D. et al. (2018). *Critères de réussite des services psychiatriques mobiles*. Berne, Office fédéral de la santé publique, https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/psychische-gesundheit/politische-auftraege/postulat-staehelin/Schlussbericht_mobile_Dienste.pdf.download.pdf/OFSP_Services_Psychiatriques_Mobiles_BA_SS_28.02.2018_def_fr.pdf
- Unesco (1994). *Déclaration de Salamanque et cadre d'action pour les besoins éducatifs spéciaux*. UNESCO, Digital Library https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000098427_fre
- Unesco (2009). *Principes directeurs pour l'inclusion dans l'éducation*. UNESCO Digital Library https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000177849_fre
- Von Wyl et al. (2020). *Stationäre und tagesklinische Angebote der psychiatrischen Gesundheitsversorgung an der Schnittstelle des Jugend- und Erwachsenenalters in der Schweiz: eine Bestandesaufnahme bestehender Angebote im Auftrag des BAG*. Zürich, ZHAW, <https://doi.org/10.21256/zhaw-22136>
- Willi, P. (2022). Une évolution de la réglementation comme levier de l'inclusion. *Revue suisse de pédagogie spécialisée*, 12(4), 62, <https://ojs.szh.ch/revue/article/view/1087>
- Wolfisberg, C. (2002). *Heilpädagogik und Eugenik. Zur Geschichte der Heilpädagogik in der deutschsprachigen Schweiz (1800 - 1950)*. Zürich, Chronos.

Table des illustrations

Les figures

Figure 1: Périmètre du mandat - analyse des soins ambulatoires.....	10
Figure 2 : Création de l'OMP en 2011-2012.....	11
Figure 3 : Organigramme de l'OMP au 1.1.2023.....	12
Figure 4 : La hiérarchie des chaînes de soins	25
Figure 5 : Processus général d'entrée en soins de la population tout venant, réseaux socio-sanitaire et pédago-thérapeutique, institutions, libres praticiens.	28
Figure 6 : Equipes ressources spécialisées (ERS).....	36
Figure 7 : Les équipes ressources spécialisées et les équipes mobiles bas seuil en santé mentale	39
Figure 8 : L'avenir de l'OMP	40
Figure 9 : Les nouvelles ressources en pédagogie spécialisée et en santé mentale au service des élèves genevois.....	44
Figure 10 : L'évolution des classes spéciales et des écoles spécialisées en Suisse (1980-2020)	49
Figure 11 : L'évolution de la séparation dans les cantons entre 2004/05 et 2020/21	50
Figure 12 : L'évolution de la séparation dans l'espace lémanique	51
Figure 13 : Le rang de Genève dans la classification suisse des cantons les plus intégratifs	51
Figure 14 : Évolution des classes spéciales et des écoles spécialisées à Genève de 1970 à 2021 ..	52
Figure 15 : Diversification des mesures de pédagogie spécialisée en fonction du niveau de besoin des élèves	55
Figure 16 : Organisation de l'offre en pédagogie spécialisée (enseignement spécialisé, logopédie et psychomotricité) dans l'espace latin.....	57

Les tableaux

Tableau 1 : Effectifs de la pédagogie spécialisée (y compris soutien), public et subventionné, par type de dispositif au 15.11.2022	13
Tableau 2 : La dotation en personnel selon les professions et les structures de l'OMP (EPT)	14
Tableau 3 : Départements et directions de l'instruction publique en Romandie.....	58