

François CUESTA

Paul SERRE, Conseiller Maître à la Cour des comptes

Objet : rapport d'observations définitives relatif au contrôle des comptes et de la gestion du CHD La Candélie à compter de 2015

Vos références : KSP GD2204416 CRC

Contrôle n°2021-0115

Monsieur le Conseiller Maître,

J'accuse réception du rapport final cité en objet. Comme vous m'y invitez, je pense utile d'apporter quatre observations, trois sur le fond, et une sur la forme. La première entend mettre l'accent sur l'importance de miser sur la stratégie développement de l'ambulatoire en santé mentale, la deuxième concerne le recours aux chambres d'isolement au CHD, la troisième la stratégie pour l'attractivité, la dernière, de pure forme, est de vous proposer d'utiliser les mots de « hospitalisation sous contrainte » par « hospitalisation sans consentement » comme désormais stipulé par les textes.

Premier point : de l'importance de « l'aller vers ».

Comme vous l'identifiez parfaitement, la période ciblée est charnière pour l'institution, dans le contexte d'une pénurie nationale de personnels médicaux. Pour autant, les besoins en matière de santé mentale sont croissants, et le rôle du CHD sur le territoire, central compte tenu du fait qu'il s'agisse en l'occurrence du seul établissement psychiatrique du département. Fort de ce constat, partagé avec les élus du territoire, la médecine de ville, l'ARS, la Préfecture et la Justice, il n'était d'autre possibilité que de développer de façon intensive « l'aller vers », pour réduire le recours à l'hospitalisation, beaucoup plus consommatrice de ressources que l'ambulatoire. En amont, il s'agissait d'identifier les « signaux faibles » pour éviter les hospitalisations en préférant le recours au CMP, voire aux hospitalisations de jour, CATTP, GEM et autres dispositifs ambulatoires. L'ouverture de créneaux dédiés en CMP aux patients des médecins libéraux adressés « en urgence » ou la mise en place de consultations avancées d'IDE psychiatriques en dehors des CMP poursuit le même but. Tout comme la création des CLSM sur les trois territoires des trois principaux pôles. Il a été également décidé de faire des admissions directes dans les secteurs depuis les CMP (le « pivot » du parcours, doit dans l'idéal planifier aussi l'hospitalisation), notamment pour les patients déjà connus et non suicidaires, plutôt que de passer systématiquement par le SIRA comme cela était jusque là (en psychiatrie adulte, et hors pôles spécialisés). Ce dernier voyait donc son rôle réduit en n'étant réservé que pour les « vraies urgences » (nuit, week end). Les mêmes dispositifs ambulatoires déjà cités permettent aussi, en aval, de favoriser « l'inclusion sociale ». Ceci est d'autant plus important pour les maladies chroniques, où les rechutes sont toujours possibles. C'est pourquoi, dès cette époque, pour faciliter l'inclusion sociale, de nombreuses opérations de déstigmatisation ont été réalisées : l'organisation à grande échelle et médiatisée des Semaines d'Information en Santé Mentale, où malades, familles, professionnels, ont côtoyés élus et figures publiques (sportifs de haut niveau notamment). De même avaient été organisées des visites dédiées

des maires du département au CHD. Cette visite permettait de répondre à toutes leurs questions sur l'organisation de la psychiatrie, de comprendre les modalités du recours aux « hospitalisations sans consentement », en leur expliquant que c'est parce qu'on n'a pas encore obtenu le consentement du patient, qu'un tiers ou le représentant des pouvoirs publics, doit formuler une demande à la place du bénéficiaire. Cette mesure étant provisoirement privative de liberté, le JDL doit donc être avisé, pour vérifier que toutes les mesures prononcées sont respectueuses de la loi. Enfin, nous proposons de visiter le site, en incluant l'accès aux chambres (doubles pour la plupart, sauf au SIRA, en addicto et en pédopsychiatrie), et aux chambres d'isolement. L'idée était de sensibiliser très fortement les élus à la question des hospitalisations sans consentement, privatives de liberté, parfois traumatisantes pour les familles et les patients, et pour lesquelles il fallait faire parfois appel aux chambres d'isolement au vu de la décompensation avancée de la situation. Un suivi des admissions par territoire et par catégorie (Hospitalisations Libres, H. à la Demande de Tiers, H. à la demande du Représentant de l'Etat, H. pour Péril Imminent), était assuré par la direction, partagé en tant que de besoin avec les CMP et les CLSM, pour en vérifier l'évolution. Cette stratégie globale du « aller vers » semble avoir permis de réduire les hospitalisations, car de fait au bout de quelques mois, sur proposition du corps médical, il était décidé de fermer un pavillon. Avec l'accord de l'ARS, qui soutenait cette stratégie, l'intégralité des personnels a été maintenue au CHD (pas de plan social ou d'économie), et réemployée pour soutenir la démarche ambulatoire. Cette stratégie a eu différents impacts positifs, y compris sur les deux points suivants.

Deuxième point : le recours aux chambres d'isolement

En 2016, le recours aux chambres d'isolement était laissé à « l'appréciation des soignants », car ils en avaient l'initiative grâce à des prescriptions indiquant par avance le recours « si besoin », une confirmation médicale venant après coup. De fait le projet médical en vigueur n'évoquait aucune évolution sur cette pratique, et aucune demande d'évolution n'était portée en CME à ce sujet dans le cadre du projet médical à venir. Régulièrement en CHSCT les soignants se plaignaient de violences subies en raison de l'agressivité des patients. J'avais alors pu identifier qu'au CHD, le recours en chambre d'isolement se situait dans la moyenne des pratiques nationales, ce qui pour moi signifiait de probables marges d'évolution. J'avais également connaissance d'établissements très peu usagers de chambres d'isolement, grâce à des pratiques différentes. Quelques facteurs expliquaient aussi au CHD le recours aux chambres d'isolement : la grande promiscuité des patients et le nombre élevé de chambres doubles dans les pavillons non lourdement restructurés était aussi un facteur de création de tensions entre patients en cours de séjour. En ce sens, le projet de restructuration lourde que je souhaitais porter devait réduire le nombre de chambres doubles (et donc le nombre de patients par pavillon), proposer plus d'espaces de déambulations, installer des ascenseurs pour l'accès aux étages (les escaliers étaient facteur de chutes et de réduction d'espace de déambulation) et incidemment réduire drastiquement le nombre de chambres d'isolement. Pour cela, il fallait tout d'abord influencer sur les pratiques professionnelles. Avec « l'aller vers », comme indiqué supra, pour réduire le recours à l'hospitalisation, et éviter les décompensations génératrices des épisodes « d'agressivité » à l'admission du patient. Il était évident que le sujet des chambres d'isolement devait évoluer rapidement : au plan national, il y avait de nombreux travaux, des thèses publiées par des doctorants, des rapports divers par les usagers, ceux du CGLPL, et l'action en profondeur du Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale. Il faut savoir que le CCOMS (pilote à l'époque par le Dr Jean Luc ROELANDT) représente, en France, un apport important en matière recherche en psychiatrie, et propose de nombreuses innovations dans ce domaine (patients experts, CLSM...). Pour agir rapidement sur les pratiques au CHD, nous avons mis en place une mission exploratoire avec médecin, directeur des soins, cadres de santé, direction, auprès de 3 établissements du Nord : le service psychiatrique de l'hôpital de Somain, le service psychiatrique du CHU de Lille, et l'EPSM de Lille Métropole à Lille, siège du CCOMS, afin de partager, de professionnels à professionnels, les pratiques en usage et leurs vertus. De fait, le recours très réduit aux chambres d'isolement (une poignée de jours sur un an), avait particulièrement impressionné la délégation, tout comme la grande liberté donnée aux patients dans

leurs déplacements. Bien sûr, d'autres établissements en France ont des pratiques similaires, mais grâce à des personnes ressources, nous avons très facilement pu échanger avec les professionnels, dans un climat de confiance. Dès lors, au CHD, nous avons poursuivi et développé la mise en place de la formation OMEGA (très largement développée à l'EPSM Lille Métropole) pour prévenir les situations de violence. Par ailleurs, dans divers pavillons ont été encouragés et mis en place des espaces « snoezelen » par faciliter l'apaisement des personnes atteintes de troubles. On peut aussi observer que le Pôle Perspectives avait demandé la suppression d'une chambre d'isolement en la transformant en chambre de patient, ce qui, de facto, permettait de dédoubler l'une des chambres doubles, réduisant la « pression immobilière » d'autant. Enfin, nous avons lancé des essais avec les services économiques pour proposer aux services hospitaliers des tenues non tissées (type « pyjama de bloc »), pour réduire le risque de suicide lors de mise en chambre d'isolement. L'objet général de ces actions visait très clairement la réduction drastique au recours de chambres d'isolement (en passant du « si besoin » à la prévention de la violence, comme à l'EPSM de Lille Métropole), avant de planifier une restructuration lourde.

Troisième point : favoriser l'attractivité médicale

Comme indiqué dans le rapport, l'attractivité médicale représente un enjeu majeur, pour l'unique établissement psychiatrique d'un département rural à distance des deux grandes métropoles, Bordeaux et Toulouse. En 2016, il n'y avait de manière générale qu'un interne par semestre au CHD. Grâce à différentes actions, amélioration de l'accueil (accueil semestriel organisé en commun entre les internes de la ville et des 2 hôpitaux, l'hôpital général et le psychiatrique, à la mairie d'Agen), des conditions de vie à l'internat (équipements ménagers neufs, peintures refaites, repas partagés avec l'institution en début et fin de semestre...), participation aux commissions d'adéquation des internes, communication active, activités partagées avec les internes MCO (pour éviter l'isolement des internes de psychiatrie, peu nombreux) en attendant la création d'un internat unique pour les deux hôpitaux d'Agen... En 2019, nous avons accueilli jusqu'à 7 internes au CHD. Les internes sont les médecins de demain, il était nécessaire de passer par cette phase pour espérer qu'un interne, bien accueilli, ait l'envie de revenir. Le projet médical et architectural ambitieux seront aussi des facteurs d'attractivité.

Dernier point : terminologie hospitalisation sans consentement.

Pour des raisons que l'on peut comprendre, la nouvelle terminologie a été préférée à « hospitalisation sous contrainte », établie par une loi antérieure. Moins stigmatisante, invitant à lever rapidement l'absence initiale d'adhésion aux soins.

Je tiens à vous remercier pour la qualité des propos rapportés lors de notre échange, au cours duquel je n'avais sans doute pas assez insisté sur les points sur lesquels je me propose de revenir, probablement faute de temps, l'actualité hospitalière au sein du GHRE étant soutenue depuis ma prise de fonctions.

Je vous prie de croire, Monsieur le Conseiller Maître, en mes plus respectueux sentiments.

Saint Malo,
le 11 décembre 2022

François CUESTA
Directeur du GHRE Rance Emeraude
Directeur DU CHD de janvier 2016 à mai 2019

