

mnasm

Mission Nationale
d'Appui en Santé Mentale

5, avenue d'Italie - 75013 Paris

www.mnasm.com

L'organisation de la psychiatrie générale au Centre Hospitalier de Saint-Malo

Présenté par:

**Mme Christine Fontaine
Dr Dominique Frémy
Dr Serge Kannas
M. Claude Lescouet
Mme Sabine Rivet**

Mai 2009

RÉSUMÉ

Suite au courrier de la direction du CH de Saint-Malo à l'ARH de Bretagne du 24 octobre 2007, par courrier en date du 1^{er} avril 2008 confirmé par la saisine de la DHOS du 27 octobre 2008, Monsieur le Directeur de l'ARH de Bretagne a sollicité l'intervention de la MNASM sur les bases suivantes : absence de concertation entre les praticiens rendant le dialogue médical interne quasi impossible et conduisant à des incohérences dans la prise en charge des patients, relations très dégradées rendant difficile pour l'administration l'accompagnement de projets pourtant inscrits et financés dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, inquiétude des équipes soignantes quant à la prise en charge de certaines situations de violence. La MNASM s'est rendue à 5 reprises à Saint-Malo, en juillet 2008 (1 jour), en octobre, novembre, décembre 2008 jusqu'au dernier déplacement en janvier 2009 (2 jours à chaque fois). Le groupe de la MNASM était constitué de Madame le Docteur Dominique Frémy, PH de pédopsychiatrie au CHS de Novillars dans le Doubs, de Madame Sabine Rivet, directrice d'établissement, permanente à la MNASM, de Monsieur Claude Lescouët, DSI au CHS de Montperrin à Aix, de Mme Christine Fontaine, cadre socio-éducatif à l'EPS de Perray-Vaucluse à Paris, et du Docteur serge Kannas, coordinateur de la MNASM.

I/ Le constat :

Au niveau de la communauté médicale : dysfonctionnements individualisés et diffus répétés et graves aux conséquences globales paralysantes et délétères, nécessitant d'être avérées et sanctionnées, que les visites de la MNASM n'ont pas modifiées. Démographie médicale sinistrée. Au niveau de l'hospitalisation : saturation chronique, cloisonnements importants entre la psychiatrie et les urgences, l'ambulatoire, le somatique, les personnes âgées et le handicap. Locaux vétustes en partie et chambres d'isolement pas aux normes. Présence d'un pourcentage important de patients en hospitalisation prolongée dont il n'est pas tenu compte dans le projet médical. Au niveau de l'ambulatoire : lisibilité, réactivité et mobilité améliorables, peu de thèmes transversaux traités malgré un environnement favorable (projet de MAS et de FAM, existence d'un SAVS).

II/ Les recommandations :

Immédiatement : restaurer une politique médicale cohérente subordonnée à une inspection suivie d'une réorganisation et de recrutements

À court terme : réhabiliter à titre provisoire les locaux des services Psy 3 et Psy 4 en attendant la reconstruction de la psychiatrie, désigner un chef de projet pour la sortie immédiate d'une dizaine de patients inadéquats

Actualiser le COM

1) dans le domaine de l'hospitalisation complète et de l'articulation sanitaire/médico-sociale et sociale : arrêter un projet de reconstruction de 70 lits simultanément à une planification de réponses diversifiées au handicap psychique pour 40 personnes (projet médical, d'établissement, de territoire) en coopération avec le CH de Saint-Jean de Dieu

2) dans le domaine des urgences, de l'ambulatoire et des thèmes transversaux, pour améliorer lisibilité, mobilité et réactivité, par combinaison de mesures nouvelles et de redéploiement : renforcer le pôle infirmier des urgences (2 postes), créer une équipe mobile de liaison handicap personnes âgées (2 postes), améliorer le fonctionnement du CMP de Saint-Malo

3) Conforter le pôle de Dinard à mesure de la planification médico-sociale

| | |
|---|-----------|
| I/ LA SAISINE..... | 6 |
| II/ REMARQUES GÉNÉRALES..... | 6 |
| 2.1. La psychiatrie générale du CH de Saint-Malo dans son environnement...6 | |
| 2.2. Le projet médical du CH de Saint-Malo7 | |
| 2.3. Le pôle de psychiatrie générale.....9 | |
| III/ LES STRUCTURES VISITÉES..... | 12 |
| 3.1. Les urgences psychiatriques.....12 | |
| 3.2. L'UAMP.....13 | |
| 3.3. Psy 114 | |
| 3.4. Psy 2.....15 | |
| 3.5. Psy 3.....16 | |
| 3.6. Psy 4.....16 | |
| 3.7. Le CMP de Saint-Malo (G 01 et G 02).....17 | |
| 3.8. Le CMP/CATTP hôpital de Jour de Combourg (G 01).....17 | |
| 3.9. Le CMP/CATTP de Dinard (G 01)18 | |
| 3.10. Le CMP/CATTP de Dol de Bretagne (G 02)19 | |
| IV/ LES RENCONTRES..... | 20 |
| 4.1. Les rencontres de la première visite du 3 juillet 2008.....20 | |
| 4.1.1. La Direction.....20 | |
| 4.1.2. Le Conseil Exécutif.....20 | |
| 4.1.3. Les praticiens psychiatres.....21 | |
| 4.1.4. Le représentant des usagers.....21 | |
| 4.1.5. Les cadres de santé de la psychiatrie générale.....22 | |
| 4.1.6. Le médecin responsable des urgences (au téléphone).....22 | |
| 4.1.7. Les organisations syndicales.....22 | |
| 4.1.8. Rencontre avec un PH individuellement.....23 | |
| 4.2. La psychiatrie infanto juvénile.....23 | |

| | |
|---|-----------|
| 6.4.1.2. Entreprendre simultanément des négociations sur la coopération/synchronisation avec les projets du CH Saint-Jean de Dieu..... | 45 |
| 6.4.1.3. Définir avec le CHSJD une réflexion identique concernant les patients adéquatement hospitalisés au long cours..... | 45 |
| 6.4.1.4. Arrêter un projet diversifié d'hospitalisation complète/ planification médico-sociale et sociale contractualisé avec l'ARH/ARS | 45 |
| 6.4.2. Les urgences, l'ambulatoire et les thèmes transversaux : améliorer lisibilité, mobilité, réactivité..... | 46 |
| 6.5. Conforter le pôle de Dinard..... | 48 |
| VII/ ANNEXES : LES TABLES RONDES DU 15 JANVIER 2009 | 48 |
| 7.1. La présentation de la psychiatrie générale (présentation par le responsable de pôle)..... | 49 |
| 7.2. La prise en charge des urgences psychiatriques et la psychiatrie ambulatoire (présentation par le responsable des urgences)..... | 50 |
| 7.3. La psychiatrie, les usagers et représentants de malades..... | 53 |
| 7.4. Les élus..... | 54 |
| 7.5 Les partenaires sociaux et associatifs..... | 54 |
| 7.6. La psychiatrie et les institutions sociales et médico-sociales..... | 55 |
| 7.7. La psychiatrie et les personnes âgées et handicapées..... | 57 |

I/ LA SAISINE

Suite au courrier de Monsieur le Directeur du CH de Saint-Malo à l'ARH de Bretagne en date du 24 octobre 2007, par courrier en date du 1^{er} avril 2008, confirmé par la saisine de la DHOS du 27 octobre 2008, Monsieur le Directeur de l'ARH de Bretagne a sollicité l'intervention de la MNASM sur les bases suivantes : absence de concertation entre les praticiens rendant le dialogue médical interne quasi impossible et conduisant à des incohérences dans la prise en charge des patients, relations très dégradées rendant difficile pour l'administration l'accompagnement de projets pourtant inscrits et financés dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, inquiétude des équipes soignantes quant à la prise en charge de certaines situations de violence. La MNASM s'est rendue à 5 reprises à Saint-Malo, en juillet 2008 (1 jour), en octobre, novembre, décembre 2008 jusqu'au dernier déplacement en janvier 2009 (2 jours à chaque fois). Le groupe de la MNASM était constitué de Madame le Docteur Dominique Frémy, PH de pédopsychiatrie au CHS de Novillars dans le Doubs, de Madame Sabine Rivet, directrice d'établissement, permanente à la MNASM, de Monsieur Claude Lescouët, DS au CHS de Montperrin à Aix, de Mme Christine Fontaine, cadre socio-éducatif à l'EPS de Perray-Vaucluse à Paris, et du Docteur serge Kannas, coordinateur de la MNASM.

III/ REMARQUES GÉNÉRALES

2.1. La psychiatrie générale du CH de Saint-Malo dans son environnement

Le centre hospitalier de Saint-Malo est le pôle de référence du territoire de santé n°6 de la région Bretagne.

Une direction commune avec le CH de Dinan (600 lits) a débuté, au début de l'année 2009, et le CH de Cancale doit rejoindre cette direction commune sous l'égide de Saint-Malo au 1^{er} janvier 2010, le tout préfigurant une communauté hospitalière de territoire.

Le territoire de santé n°6 est composé de deux territoires de taille importante, Saint-Malo d'une part (137.600 habitants) et Dinan (101.600 habitants) d'autre part, soit un total d'environ 250.000 habitants.

Dans la région Bretagne, le nombre de lits et places de psychiatrie générale est de 214 pour 100.000 habitants de plus de 16 ans¹. Pour le territoire de santé de l'hôpital de Saint-Malo, il est d'environ 132 pour 100.000 habitants.

Le bassin malouin se caractérise par un vieillissement marqué de sa population, avec un fort accroissement des personnes âgées de 50 ans et plus, et surtout de celui des plus de 80 ans d'ici 2015.

La capacité d'hospitalisation totale en psychiatrie du territoire n°6 est partagée entre le centre hospitalier de Saint-Malo et le centre hospitalier Saint-Jean de Dieu.

- Le centre hospitalier Saint-Jean de Dieu, établissement de santé Participant au Service Public Hospitalier, situé à proximité de Dinan (sur la commune de Léhon), présente un total de 260 lits et places en psychiatrie générale, dont 150 sur le site de Léhon et 110 sur le site de Saint-Brieuc rattachés au territoire de santé n°7, ainsi que 61 lits et places de psychiatrie infanto-juvénile dont 17 sur le site de Dinan et 44 sur le site de Saint-Brieuc rattachés au territoire de santé n°7

- Le centre hospitalier de Saint-Malo a une capacité totale de 113 lits et places de psychiatrie générale et 35 lits et places de psychiatrie infanto juvénile.

Au total, la capacité d'hospitalisation en psychiatrie sur le territoire de santé n°6 est donc de 263 lits et places de psychiatrie générale et de 52 lits et places de psychiatrie infanto-juvénile (cependant, l'unité d'hospitalisation de 10 lits pour enfants et adolescents de Saint-Brieuc peut également accueillir des jeunes patients du territoire n°6).

2.2. Le projet médical du CH de Saint-Malo

Arrêté fin 2008, il s'articule autour

¹ Source STATISS 2008 : taux d'équipement en lits et places publics et privés installés au 01.01.07 d'après SAE 2006.

- du renforcement des missions de pôle de référence de l'établissement, en particulier la cancérologie, la périnatalité, la réanimation,
- du renforcement de la chirurgie en lien avec la cancérologie et l'insuffisance rénale chronique notamment,
- des alternatives à l'hospitalisation avec le développement de l'HAD et l'ouverture d'hôpitaux de jour,
- du développement des filières de soins, en prenant en compte le besoin d'accueil spécifique et une meilleure orientation des urgences des personnes âgées, de la filière AVC et de la psychiatrie.

S'agissant de l'hospitalisation en psychiatrie, l'objectif est de « mieux répondre aux besoins en santé mentale de la population avec pour projet une redéfinition, sur la base des recommandations de la MNASM, des modalités de mise en œuvre d'une unité intersectorielle pour patients à troubles du comportement. La remise en état général des locaux des quatre unités de psychiatrie dépendra de l'état d'avancement et de réalisation du projet d'unité intersectorielle ».

Il existe effectivement un projet de construction d'une unité intersectorielle de 18 lits destinés aux patients difficiles, ainsi que de travaux de réhabilitation des unités d'hospitalisation, pour certaines (notamment psy 3 et psy 4) assez vétustes. Ce projet n'a jamais été réalisé. On note un flou certain, en interne, sur la destination et le devenir des crédits de financements de ces travaux.

Il existe un projet de coopération entre le centre hospitalier de Saint-Jean de Dieu et celui de Saint-Malo, visant à la mise en place d'un dispositif de prise en charge adaptée pour les patients hospitalisés au long cours, qui pourraient bénéficier d'une orientation dans une structure médico-sociale. Ce projet permettrait également de dégager des capacités d'accueil pour les admissions en psychiatrie, souvent saturées. La structure serait tournée vers l'accueil de personnes handicapées vieillissantes qui ne peuvent être accueillies en EHPAD, et dont le vieillissement rend inadaptée l'hospitalisation psychiatrique traditionnelle.

Cette action de coopération s'inscrit dans la perspective de la formalisation du projet médical de la psychiatrie du territoire n°6. Il s'agirait, sur le site de Léhon,

d'une structure de 48 places (24 de FAM et 24 de MAS). Un accord de principe a été obtenu de la part du CH de Saint-Malo, mais l'étude des besoins n'a jamais été réalisée ni fournie au centre hospitalier de Saint-Jean de Dieu. Le CH de Léhon a également proposé, mais sous condition, d'accueillir temporairement, dans le cadre d'une opération tiroir, les patients du CH de Saint-Malo dans l'éventualité de la réalisation des travaux de construction et/ou de rénovation des unités d'hospitalisation.

Le projet médical de l'hôpital de Saint-Malo prévoit également l'amélioration de la prise en charge somatique et l'accroissement de la présence psychiatrique aux urgences.

S'agissant de l'ambulatorio psychiatrique, l'objectif est d'améliorer la prise en charge de proximité, notamment en :

- développant les structures alternatives à l'hospitalisation (accueil familial thérapeutique, appartements communautaires et associatifs)
- améliorant l'accès aux centres medico-psychologiques et en développant des Centres d'Accueil Thérapeutiques à temps partiel ;
- créant une équipe mobile intersectorielle auprès des institutions médico-sociales, pour prévenir les situations de crise et les hospitalisations intempestives par un suivi psychiatrique des patients accueillis dans les structures médico-sociales.

Il n'existe pas, aujourd'hui, de projet de pôle pour la psychiatrie générale du CH de Saint-Malo.

2.3. Le pôle de psychiatrie générale

La psychiatrie à l'hôpital général de Saint- Malo est née en 1983, à partir du rattachement de deux secteurs initialement gérés par le CHS de Rennes. En 2008 a été créé le pôle de psychiatrie regroupant ces deux secteurs, qui ont chacun conservé à leur tête un chef de service.

Le pôle comprend :

Le secteur de psychiatrie 35 G 01 (Saint-Malo sud et les cantons de Châteauneuf, Combourg, Dinard et Ploubalay), soit 72.000 habitants (recensement

corrigé 2006). Son unité d'admission en hospitalisation complète de 22 lits (Psy 2) est située au premier étage du bâtiment C (site de Broussais, site principal de l'hôpital). Outre son implantation ambulatoire à Saint-Malo, commune avec le 35 G 02, il comprend également un CMP/CATTP/hôpital de jour à Combourg et un CMP/CATTP à Dinard.

Le secteur de psychiatrie 35 G 02 (Saint-Malo nord et les cantons de Cancale, Dol de Bretagne et Pleine Fougères), soit 79.000 habitants (recensement corrigé 2006). Son unité d'admission en hospitalisation complète de 22 lits (Psy 1) est située au rez-de-chaussée du bâtiment C (site de Broussais). Outre son implantation ambulatoire à Saint-Malo, commune avec le G 01, il comprend également un CMP/CATTP à Dol de Bretagne.

Deux unités d'hospitalisation complète intersectorielles de 22 lits (Psy 3) et 20 lits (Psy 4) de séjour prolongé, situées à distance (1 km) du site Broussais, sur le site du Rosais. Se juxtaposent sur le même site des activités intersectorielles de CATTP et un atelier thérapeutique (le CAP).

Au total, l'hospitalisation complète de psychiatrie générale est répartie sur 88 lits et 4 unités. Entre 2002 et 2007, le nombre d'entrées a augmenté de 22%, le nombre de journées de 19%, tandis que la durée moyenne de séjour diminuait de 2,2%. Les taux d'occupation annuels de psy 1, 2, 3 et 4, ces dernières années, sont sensiblement supérieurs à 95%.

Sur le site de Broussais, les deux unités sectorisées d'admission classique, Psy 1 et Psy 2, accueillent les patients en hospitalisation libre et sous contrainte, et disposent chacune d'une chambre d'isolement.

Sur le site du Rosais, les deux unités intersectorielles Psy 3 et Psy 4 accueillent des patients en hospitalisation libre, chroniques lourds ou en cours de resocialisation. La prise en charge clinique développée est celle de la psychothérapie institutionnelle autour de la sociothérapie et de l'ergothérapie. Pour Psy 3 et Psy 4, les patients hospitalisés au long cours (présents depuis plus de 9 mois de façon continue en novembre 2008) sont de 19 à Psy 3, et 13 à Psy 4.

Le CMP CATTP intersectoriel de Saint-Malo (sur le site du Rosais).

Il existe également un hôpital de jour de 20 places, situé près de la gare de Saint-Malo, que nous n'avons pas visité.

L'UAMP (9 lits de suicidologie qu'il est prévu de porter à 15). C'est une unité intersectorielle qui accueille des patients en hospitalisation libre à partir des urgences de l'hôpital. Elle n'est plus rattachée au pôle de psychiatrie mais au pôle réanimation urgences depuis le 1^{er} janvier 2009.

La psychiatrie est installée aux urgences, des activités de psychiatrie de liaison sont effectuées dans les services MCO. Les conditions d'accueil et le temps de psychiatre sont décrits comme insuffisants. La surcharge de travail aux urgences est accrue par le fait que l'ensemble des patients, même lorsqu'ils sont connus des services de la psychiatrie, transite le plus souvent par les urgences pour toute nouvelle admission dans l'une des 4 unités. Et, également, en raison du manque de places en hospitalisation complète. En effet, cette saturation nécessite fréquemment des transferts, notamment pour les HO et HDT, vers d'autres CH de la région, parfois éloignés (Guillaume Régnier à Rennes, Brest, Laval, Pontorson, etc.), qui sont très consommateurs en temps de personnel.

Des activités de psychiatrie de liaison sont effectuées à la maison d'arrêt de Saint-Malo et en addictologie (temps de psychologue et d'infirmier au centre de consultation et à l'hôpital de jour en addictologie).

La psychiatrie du centre hospitalier de Saint-Malo dispose également de 10 places de placement familial thérapeutique, relativement sous utilisées (47% de taux d'occupation), de trois appartements communautaires de trois places chacun (soit 9 places) dans des locaux appartenant à l'hôpital, à peu de distance de celui-ci.

Outre ces activités relevant du pôle de psychiatrie, celle-ci est impliquée dans un foyer de vie dépendant de l'hôpital, « Les 4 Pavillons », de 43 places, à la périphérie du site Broussais. Il admet des résidents jusqu'à 59 ans, sur avis de la MDPH. Un psychiatre de l'hôpital assure des visites tous les quinze jours, mais cela semble insuffisant selon les professionnels du foyer

Deux structures appartenant au pôle gériatrie de l'hôpital accueillent des patients souffrant de troubles psychiatriques :

Les Corbières 2 est un EPHAD de 28 lits recevant des patients déficitaires. À l'origine, les patients provenaient essentiellement du foyer des 4 Pavillons. Aujourd'hui, près de la moitié sont issus des services de psychiatrie de l'hôpital.

Aloïs (situé sur le site du Rosais) est un EHPAD en unité fermée, accueillant 20 personnes très dépendantes souffrant de maladie d'Alzheimer. Comme pour les Corbières 2, on note des difficultés de collaboration entre le personnel et la psychiatrie.

III/ LES STRUCTURES VISITÉES

3.1. Les urgences psychiatriques

Sur la base de 35.000 passages aux urgences en 2008, 2.350 interventions ont été réalisées dans le cadre des urgences psychiatriques, pourcentage en phase avec ce qui est observé ailleurs. Les 6,6 ETP d'infirmiers se répartissent en 2 ETP + 4 x 0,5 ETP (l'autre moitié est effectuée dans les services de soins, un temps plein aux urgences étant considéré comme épuisant), plus une équipe de nuit autonome. Ceci permet une présence infirmière sur les trois périodes de la journée. Le cadre de santé est celui de l'ambulatorio. Une présence médicale est assurée tous les matins, du lundi au vendredi. L'après-midi, l'ensemble des psychiatres est sollicité à tour de rôle. Il n'y a pas d'assistante sociale. Un PH temps plein devait arriver, ce qui suscitait de l'espoir, mais il s'est désisté. Un tiers des patients sortent vers le domicile, un tiers sont hospitalisés mais rarement directement, même s'ils sont connus et/ou adressés par le CMP (problématique somatique associée, engorgement...), un tiers restent aux urgences 26 heures maximum. Les locaux sont vétustes : une chambre pas très accueillante et une chambre de sécurité borgne. L'attente, selon le personnel, est souvent longue en salle d'attente ; en fin de journée, elle peut durer jusqu'au matin. On comprend, parmi les problèmes majeurs, le poids de l'indisponibilité liée aux transferts (du fait du manque de lits, surtout à Psy 1), même si les services MCO se montrent coopératifs. S'ajoutent l'absence de psychiatre entre 12h et 13h30, l'arrivée simultanée de plusieurs patients et la formation du personnel.

L'impression qui prévaut, suite à notre visite, est celle d'une activité faiblement investie par les psychiatres, non pas au sens où ils n'y participent pas, ce

qui n'est pas le cas, mais sans que cet investissement fasse partie d'un projet qui relie dynamiquement les urgences à la psychiatrie en général et pèse sur le fonctionnement d'aval, hospitalisation complète ou ambulatoire. Le cloisonnement entre médecins et infirmiers, l'absence de pilotage médical, semblent prévaloir. En même temps, la pénurie médicale ne peut que renforcer cet aspect. Le rattachement aux urgences générales ainsi que l'amélioration prévue des locaux sont un signe positif d'un pilotage amélioré, mais ne résoudront pas la nécessaire articulation avec la psychiatrie et l'amélioration de son fonctionnement.

3.2. L'UAMP

Située au même étage et en prolongement du service de cancérologie, on y trouve un secrétariat, la psychiatrie de liaison, l'infirmière de liaison. Elle dispose de 9 lits dans des chambres à deux avec WC sauf une chambre seule, qui peut être dédoublée. Les douches sont à l'extérieur. Il existe une salle d'activité également salle à manger et de télévision. Le personnel est d'environ 8 ETP d'infirmiers, de 4 ETP d'aides soignants, de 0,5 ETP de psychologue et de 0,4 ETP d'AS. Le personnel est formé à la prévention de la crise suicidaire, une partie souhaite un renforcement de compétence en thérapie familiale. L'unité accueille environ 500 patients par an, essentiellement suicidants et/ou déprimés.

Cette unité joue un rôle très précieux dans la prise en charge de la crise suicidaire et la prévention de la récurrence. Jusqu'à son rattachement au pôle réanimation urgences, l'UAMP pouvait constituer une sorte de sas d'attente pour une hospitalisation en psychiatrie. En réalité, elle apparaît davantage comme accueillant une clientèle relevant de soins ambulatoires intensifs après une hospitalisation brève, ou d'une admission en clinique privée. La DMS est de 8,5 jours, en augmentation. 75% des patients ressortent vers leur domicile avec un suivi ambulatoire, assuré le plus souvent par les psychiatres de ville, plus rarement par les CMP.

On comprend que l'UAMP, entre hospitalisation complète psychiatrique peu perméable, ambulatoire public décrit comme faiblement réactif et, en amont, les urgences qui font pression, se voit assignée dorénavant un rattachement au pôle réanimation urgences. Le projet prévoit une augmentation à 15 lits avec une diminution de la DMS, davantage de temps de psychologue et un travail de post-

accueil vers l'UPA (Unité Post-Accueil). On peut penser que cela aura l'avantage de dessiner un projet cohérent et un pilotage, en particulier en faisant apparaître un vrai « court séjour » psychiatrique inférieur à 2-3 jours. On peut néanmoins penser que 2 problèmes subsisteront : d'une part, l'absence de clinique privée et/ou de réactivité ambulatoire privée ou publique à améliorer à la sortie de l'UAMP. Si cet aspect post-crise immédiat n'est pas renforcé, cela risque de rendre toujours nécessaires des séjours de 1 à 2 semaines et un surcroît d'hospitalisations évitables en psychiatrie. D'autre part, l'absence d'un psychiatre responsable, coordonnant fonctionnellement la psychiatrie, les urgences et l'UAMP risque de ne pas changer, avec les clivages, les dysfonctionnements existants.

3.3. Psy 1

Unité sectorisée d'admission du secteur G 02, implantée au rez-de-chaussée du bâtiment C, sur le site de Broussais. Elle est ouverte depuis 1989-1990, et l'entrée permet de voir une cheminée monumentale en pierre, ancienne. L'unité est fermée. Elle comprend 22 lits (plus un 23^{ème} d'appoint) sur une aile et demie ainsi **qu'une chambre de soins intensifs dans la demi aile, qui n'est pas aux normes de confort ni de dignité, sans chauffage correct, avec un seul accès et un sas.** Les chambres disposent de cabinets de toilettes, les douches sont communes. 6 chambres sont à 2 lits. Outre un secrétariat et la salle d'attente, on trouve différents bureaux médicaux de soins et de cadre, une salle de télévision, un salon, un office, des sanitaires communs, des locaux d'intendance. Le confort est médiocre, l'ensemble est propre. L'unité a accès à un jardin fermé mais dont il ne paraît pas impossible de s'échapper, dont l'accès est réglementé, pour les 2 unités. Les modalités de cette réglementation peuvent poser problème si les prescriptions des médecins varient entre elles ou se contredisent dans le temps. D'une façon générale, la configuration du bâtiment le rend difficile à surveiller.

Le jour de notre visite, 22 patients étaient présents, deux étaient primo arrivants, 20 patients déjà connus. 11 patients étaient sous contrainte, et 5 patients étaient présents depuis plus de 9 mois de façon continue. À noter la présence de plusieurs patients en provenance du secteur G 01. L'essentiel des patients provient de la ville de Saint-Malo et de Paramé, où réside une population jeune et défavorisée.

Pour fonctionner, cette unité dispose d'1 ETP médical (?), d'1 ETP de cadre, de 13,1 ETP infirmiers dont 2,6 de nuit, de 5 ETP d'aides soignants de jour et d'1 ETP d'ASH de jour, de 2 ETP d'aides soignants de nuit. 0,1 ETP de psychologues sont présents. 3 secrétaires sont disponibles pour les 2 secteurs.

Les arrêts de travail, de même que le congé de l'assistante sociale, ne sont pas remplacés, selon nos interlocuteurs, qui nous font part des problèmes de turn over des équipes et d'un effet « cocotte minute » dans l'unité. La CSI serait utilisée avec modération (25% du temps).

3.4. Psy 2

Notre visite a été plus rapide et moins détaillée. Il s'agit de l'unité sectorisée d'admission du secteur G 01, implantée au 1^{er} étage du bâtiment C, sur le site de Broussais, à proximité immédiate de Psy 2. Elle est équipée selon les mêmes principes : unité *fermée* comportant 22 lits dans des chambres avec cabinet de toilettes. 4 chambres sont doubles. Les douches sont communes et l'on retrouve le même mode de distribution en bureaux, pièces de vie et logistiques qu'à Psy 1. Le confort est le même, moyen mais l'unité est propre. Il existe une chambre de soins intensifs et un sas appelant les mêmes commentaires péjoratifs qu'à Psy 1. L'unité ouvre sur un bureau infirmier et une salle de jeu (ping-pong, baby-foot). L'encadrement médical et non médical est du même ordre qu'à Psy 1.

Psy 2

Nous sommes reçus par l'équipe soignante et le chef de service. Selon nos interlocuteurs, le 23^e lit « tiroir » est trop souvent utilisé, et les lieux d'accueil hôteliers ne sont pas satisfaisants. 2 patients sont présents depuis plus de 9 mois. L'unité est ouverte sur le jardin depuis la fermeture récente des salons fumeurs.

Une discussion s'engage au sujet d'un patient arrivé directement de la prison le samedi précédant notre visite, suite à une levée d'écrou : apparemment, n'importe quel médecin d'astreinte peut faire changer d'étage un patient. Celui-ci est passé du 1^{er} étage (chambre de soins intensifs) au 2^e étage (chambre de semi-sécurité). Le chef de service a rencontré ce patient lors de sa consultation dans la prison et l'a fait hospitaliser en HO. Les soignants relatent la position de l'autre PH de l'unité, qui estime que tous ces problèmes sont dus à la fermeture du salon fumeur, et que les

patients sont trop enfermés par sa collègue. Le lundi matin, le patient a été repris par le chef de service à la demande du personnel. En revanche, alors que ce lundi matin les 2 praticiens et le cadre de santé se sont rencontrés, l'échange a été impossible. Le personnel estime que la situation était identique avant l'ouverture du jardin. Selon le cadre de santé, il y a beaucoup de fugues de patients en HO et en HDT et ce, de longue date. La cour (le jardin) n'est pas sécurisée. Des patients sont enfermés sans réelle nécessité.

À cet étage, il y a un fonctionnement en 2 sous-secteurs, mis en place il y a 2 ans : 2 praticiens hospitaliers, 1 sous-secteur par praticien, les infirmiers étant également répartis en sous-secteurs. Du coup, au même étage et dans la même unité existent 2 équipes. Dans les faits pour les infirmiers, il s'agit davantage d'une référence : les effectifs et les présences/absences ne permettent pas un fonctionnement en 2 équipes distinctes.

Parmi les points positifs (fournis à notre demande) : l'expression de l'équipe et l'utilisation de la fiche « événements indésirables » : lorsqu'un 3^{ème} lit est installé dans le sas. La température y est de 7°, il y a danger à utiliser la chambre d'isolement. Il est interdit d'ajouter un lit et pourtant le sas est toujours utilisé.

3.5. Psy 3

Unité intersectorielle de soins de longue durée ouverte en 1998, au rez-de-chaussée du bâtiment 6, site du Rosais. Elle a la forme, sur un seul niveau, d'un couloir étroit, assez triste, comportant les parties communes pour la vie, les soins, les activités, la logistique et l'intendance, et les chambres des résidents dont 6 sont à 2 lits. Le lieu est vétuste sur le plan du confort et des aménagements, et pas du tout conforme à sa destination, qui est plutôt celle d'un lieu de vie. Des travaux sont prévus. La majorité des patients sont des psychoses chroniques déficitaires, en majorité des hommes, aux DMS très hétérogènes. Aux dires des cadres, une majorité de patients pourrait bénéficier d'une alternative à l'hôpital si elle était disponible (structures médico-sociales, quelques rares retours à domicile, vers des familles d'accueil, vers le long séjour de l'hôpital), certains, peu nombreux, devant être maintenus en hospitalisation.

3.6. Psy 4

Unité intersectorielle de soins de longue durée, au rez-de-chaussée et à l'étage du bâtiment 6, site du Rosais. Au rez-de-chaussée, on trouve 15 lits répartis de part et d'autre d'un couloir, dont 2 chambres à 2 lits, l'autre partie du bâtiment, tout en longueur, étant consacrée aux salles d'activité/ateliers, de gymnastique et de réunion, À l'étage on trouve 5 lits de chambre seule avec toilettes, des bureaux, des salles d'activité et d'ergothérapie, de soins, une salle à manger et un salon fumeur. Les patients admis, jamais directement, sont en grande majorité des schizophrènes, mais moins déficitaires qu'en Psy 3. Aux dires de nos interlocuteurs, la moitié des patients pourraient bénéficier d'une alternative. Si la structure bénéficie de 0, 2 ETP médicaux, la coordination du remplacement ne serait pas assurée. Comme à Psy 3, le bâtiment est triste et vétuste, c'est un local d'hôpital, pas du tout conçu comme un lieu où doivent séjourner des personnes durablement.

3.7. Le CMP de Saint-Malo (G 01 et G 02)

Visite rapide, si bien que nous avons rencontré peu d'interlocuteurs en dehors du cadre qui nous accompagnait. Il est tout récemment installé, neuf, moderne, bien équipé et spacieux. Il est implanté sur le site du Rosais, plus éloigné du centre ville, et en attente d'une augmentation de la fréquence du bus qui le dessert. Il semble sous utilisé : s'agit-il d'un hasard de notre visite, de son implantation nouvelle trop récente et peu connue, de l'accessibilité actuelle un peu excentrée, de l'inachèvement d'un projet ambulatoire d'agglomération, de consultations médicales à Broussais, etc. ? Nous n'avons pu obtenir de données sur les files actives ambulatoires.

3.8. Le CMP/CATTP hôpital de Jour de Combourg (G 01)

Ouvert en 1989, il dessert la ville de Combourg et son agglomération (environ 13.000 habitants). Il est implanté en centre ville sur 3 niveaux dont un grenier, à l'accessibilité médiocre. Il est ouvert du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures. Il dispose de 3 ETP d'infirmiers, de 0,3 ETP médicaux, de 0,2 ETP de psychologue et d'AS. Il n'y a pas de secrétariat. Trois fonctions y sont exercées :

- CMP, sous forme de consultations médicales (trois demi journées hebdomadaires) et de psychologue, une journée. Il existe un accueil infirmier de première ligne.

- Hôpital de jour à temps partiel (2 demi-journées par semaine, les mardis et vendredis), sur prescription médicale, pour ceux qui nécessitent le plus de soutien et d'observation. La file active est de 12 patients dont 3 ne fréquentent pas le CATTP.

- CATTP (3 demi-journées par semaine). Il propose un accueil plus souple avec des activités de type yoga, jeux de société... pour des groupes de 4 à 13 patients. La file active est de 19 patients.

Le secteur, selon nos interlocuteurs, souffrirait d'un manque de places de GEM (il en existe un à Saint-Malo et un à Dinard, mais ils sont éloignés). La moyenne d'âge des patients est de 50 ans. L'équipe souligne le manque de places en hospitalisation à Saint-Malo, souhaiterait un temps de psychologue supplémentaire. Un infirmier part très prochainement à la retraite.

La MNASM : le travail avec les familles paraît peu développé et il semble y avoir peu de VAD.

3.9. Le CMP/CATTP de Dinard (G 01)

Rencontre avec le médecin responsable, 3 infirmiers et le cadre de santé. Les locaux, dont le CH de Saint-Malo est propriétaire, sont situés au rez-de-chaussée d'un petit immeuble d'habitation. Ils comprennent une salle d'attente, un bureau de consultation et une salle polyvalente de 16 m². La structure est ouverte du mardi au vendredi, un médecin est présent le mercredi toute la journée et un vendredi matin sur 2, un psychologue le jeudi après-midi et, depuis 1 à 2 ans, 3 infirmiers à hauteur de 1,2 ETP.

Il n'existe pas de transport en commun à Dinard, les patients se rendent au CMP par leurs propres moyens, et il est très difficile d'obtenir de la CPAM une prise en charge.

Le CMP : selon nos interlocuteurs, l'agglomération de Dinard représente 33.000 habitants, soit la moitié de celle du secteur G 01, sans les moyens correspondants promis par le COM de 2002. L'accroissement de la demande est manifeste (de nouveaux patients chaque semaine) et les temps de réponse s'allongent, en particulier pour le psychologue (plus de 5 semaines). De nombreuses demandes émanent du lycée hôtelier. L'assistante sociale est absente actuellement

(congé de maternité). L'équipe intervient dans le foyer de vie et à la maison de retraite. Il n'y a pas de psychiatre privé à Dinard, juste un psychologue. Un redécoupage des secteurs devrait être envisagé, car certaines communes sont plus proches de Dinan que de Dinard.

Nos interlocuteurs trouvent que « les hospitalisations sont difficiles faute de place, les DMS sont trop courtes. Parfois les patients sont adressés à Quimper ou à Morlaix (en HDT ou en HO). Quelle continuité des soins ? Le passage obligé par les urgences est devenu une « solution » par défaut, et montre qu'il faut renforcer le travail d'amont et d'aval. Les CMP sont des bureaux de consultation et non des structures de secteur ».

Le CATTP : il est ouvert les mardis et jeudis après-midi. Il n'existe dans les faits que depuis 2 ans. Nos interlocuteurs s'interrogent sur son financement. Les activités se font principalement à l'extérieur (un minibus de 9 places est disponible).

Selon nos interlocuteurs, les besoins sont multiples pour mieux y répondre : des locaux plus vastes, des temps infirmiers et médicaux augmentés. Le médecin responsable « souhaite un vrai CMP avec accueil, cohabitation des professionnels, plus de rencontres et d'échanges. Le vendredi, lorsque médecins et infirmiers sont présents ensemble, il existe plus de réactivité. La permanence des soins est indispensable dans tous les CMP, de même qu'une permanence médicale. À Saint-Malo, il n'y a pas de rencontres entre les professionnels, c'est difficile du fait de l'intersectorialité (?). Il faut favoriser le travail de secteur et non une politique asilaire, c'est la philosophie du secteur qui compte : continuité des soins, accompagnement du patient ».

3.10. Le CMP/CATTP de Dol de Bretagne (G 02)

Il est implanté dans la ville depuis 1986, dans un appartement situé au 2^e étage, qui n'est pas aux normes d'accessibilité. Il est ouvert du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures. Il dessert une agglomération de 7.000 habitants environ. Sans secrétariat, il dispose d'une équipe commune de 0,2 ETP médicaux, 4 ETP infirmiers, 0,3 ETP de psychologue (CMP) et 0,2 ETP d'AS (CMP). Le CATTP est ouvert 6 demi-journées hebdomadaires et assure une à 2 sorties extérieures par semaine.

En ce qui concerne le CMP, l'activité de consultation augmente. Il existe un accueil infirmier de première ligne, assez rapide, sur deux permanences, reposant sur des infirmiers expérimentés. On relève un travail de liaison avec l'espace social, le foyer logement, le foyer occupationnel associatif, et des liens avec la psychiatrie infanto juvénile.

Les patients viennent au CATTP en taxi ou en VSL, la file active est de 35 personnes. Les activités consistent en groupe d'écriture, cinéma à l'extérieur, expression artistique, corporelle, écoute musicale et piscine.

IV/ LES RENCONTRES

4.1. Les rencontres de la première visite du 3 juillet 2008

La psychiatrie est installée au Centre Hospitalier de Saint-Malo depuis 1983 et accueille deux secteurs de psychiatrie générale et un secteur de psychiatrie infanto juvénile.

Il s'agit de brèves synthèses des rencontres.

4.1.1. La Direction

En présence de M. le Directeur, du Directeur des Affaires générales référent du pôle de psychiatrie et du président de la CME, pharmacien.

Les attentes : y voir plus clair ; mieux répondre aux besoins en psychiatrie ; clarifier les projets et les conforter.

Problèmes des relations médicales des praticiens de la psychiatrie avec l'ensemble des praticiens du CH, entre praticiens de la psychiatrie, avec les équipes soignantes. Problèmes de relation avec les usagers.

4.1.2. Le Conseil Exécutif

En présence du Directeur des soins, du praticien pédopsychiatre responsable du pôle de psychiatrie infanto juvénile, du directeur des Affaires Générales.

Sont évoquées : une culture du conflit et une inquiétude sur le niveau relationnel, des difficultés de dialogue entre psychiatres et somaticiens, la problématique des locaux.

Des projets sont inaboutis, alors qu'ils sont financés au moins partiellement. « *Si l'on ne prend pas les trains qui passent...* ». Finalement, il s'agit du sort de la psychiatrie générale à Saint-Malo.

4.1.3. Les praticiens psychiatres

La lecture de la lettre du DARH, indiquant les raisons de la saisine de la MNASM, très critique envers les médecins psychiatres, provoque un saisissement, puis un front uni d'exaspération qui se désunit lors de la rencontre, donnant le sentiment à la MNASM d'une position d'assiégés menacés.

Pour les praticiens, les responsables de la situation sont extérieurs aux équipes médicales. Sont évoqués un mal être à exercer et une rupture du dialogue, le rôle de la direction : pas de réflexion institutionnelle, pas assez de lits, des locaux inadaptés, une rupture du dialogue, la fermeture de l'UAMP pendant l'été.

Pour un responsable de pôle, il n'existe pas de fonctionnement de secteur.

Concernant l'ARH, ils soulèvent la question des moyens qui manquent.

Sont également évoqués, mais de façon moins partagée : le défaut d'articulation des équipes de soins avec les équipes médicales, l'intervention du Directeur des soins, en particulier sur les transmissions.

Sont proposés (demandés) : des projets clarifiés et relancés clairement, une clarification de ce qui est intersectoriel.

Il est à noter qu'un praticien nouvellement arrivé évoque clairement, en fin de rencontre, *la dynamique négative des équipes médicales*.

Commentaires de la MNASM : l'écoute des praticiens donne le sentiment d'une non cohérence entre eux, avec de la souffrance (cf. les départs et les témoignages), d'une absence d'implication dans l'institutionnel, sans leadership ni ligne de conduite générale.

4.1.4. Le représentant des usagers

Il est membre de l'UNAFAM. Il s'inquiète pour les locaux inadaptés, fait état d'une ouverture vers les usagers plus théorique que réelle, et il craint les risques de

départ de psychiatres. Il a le sentiment que l'établissement prend en compte la psychiatrie, il souhaite des projets, du calme, et que l'on travaille les liens entre pédo-psychiatrie et psychiatrie générale.

4.1.5. Les cadres de santé de la psychiatrie générale

Sont évoqués un projet médical à reconstruire, une présence médicale souvent saupoudrée et surtout un manque de coordination, un manque de concertation générale. Concernant les réponses de soins, sont relevées des carences en réponses ambulatoires, une insuffisance de la réponse aux urgences. Il est fait état d'une confusion entre la psychiatrie de liaison et la notion d'hébergement dans les services de soins.

Sont encore évoquées des équipes de soins motivées à l'origine, moins actuellement, une dynamique autour de la nouvelle gouvernance peu ou pas enclenchée.

4.1.6. Le médecin responsable des urgences (au téléphone)

L'intérêt de ce praticien pour la psychiatrie est manifeste. Il fait état du problème de l'accueil aux urgences (36.000 passages/an) dont 7 à 8 patients/jour relèvent de la psychiatrie, du retour régulier de patients aux urgences par manque d'alternatives, une UAMP souvent débordée, ce qui crée un embouteillage des lits d'UHCD, et les transferts trop fréquents à partir des urgences vers d'autres établissements, pour les patients psychiatriques.

4.1.7. Les organisations syndicales

Il s'agit de la CFDT, de SUD, de la CGT et de FO.

Les représentants syndicaux évoquent les dissensions du corps médical, qui donnent une image déplorable, le point de rupture lié aux départs des médecins « historiques » de la psychiatrie malouine, et les médecins psychiatres qui font ce qu'ils veulent (ex. leur attitude par rapport aux urgences).

Il n'existe pas de vrai projet, donc pas de ligne directrice ni de sens pour les équipes soignantes et une organisation défectueuse entre intrahospitalier et extrahospitalier.

4.1.8. Rencontre avec un PH individuellement

Sont évoqués les problèmes de certains praticiens, des divergences idéologiques, des problèmes d'horaire de certains, des comportements extrêmes. *''J'attends que l'on mette les points sur les i à certaines personnes''*.

4.1. 8.1. Commentaire immédiat sur cette journée :

Un projet médical pour la psychiatrie prenant en compte la réalité des besoins semble manquer. *Par ex. : pas de remise en cause des patients inadéquatement hospitalisés*. Le projet actuel semble davantage répondre à un problème de locaux et de lits sans analyse globale, et ce projet est en panne. La réponse ambulatoire semble réduite, les réponses aux urgences et à la liaison mal définies.

La communauté médicale psychiatrique semble au plus mal, sans cohérence institutionnelle, chacun sur sa position, dans des schémas conceptuels peu évolutifs vers l'avenir. Et surtout sans leadership qui pourrait fédérer un projet.

Les problèmes relationnels sont extrêmement lourds et empêchent tout allant collectif. Les difficultés de réponses adaptées et d'organisations semblent liées à cette incohérence des projets médicaux.

Il y a certainement une communication et une coordination entre la direction, les différents spécialités médicales, la direction des soins, à repenser et à améliorer avec la psychiatrie. Mais cela peut-il se réaliser sans un projet et sans une sérieuse remise en cause des médecins psychiatres ?

4.2. La psychiatrie infanto juvénile

La rencontre a lieu avec le responsable de pôle et son équipe médicale et non médicale. La présentation du dispositif de soins nous est faite à partir de ce qu'a apporté le COM 2003-2007. La psychiatrie infanto juvénile constitue un pôle autonome. Il comprend une unité fonctionnelle pour adolescents de 7 lits ; 3 CMP à Saint-Malo, Dinard, Baguer Pican (secteurs de Dol et Combourg) ; 2 hôpitaux de jour : 20 places pour enfants, spécificité TED, 8 places pour adolescents ; une unité médico-judiciaire créée en 2007 ; une activité périnatalité avec consultation précoce, groupes parents-bébés, groupes petite enfance ; une EPP est en cours sur les adolescents suicidaires.

Les constats : il s'agit d'une équipe de professionnels motivés ; l'offre de soins est diversifiée et innovante ; les relations sont privilégiées avec la pédiatrie (le projet initial de pôle devait associer pédopsychiatrie, pédiatrie et maternité) ; il existe peu de relation avec la psychiatrie générale en dehors de celles, réglementaires et dans le cadre des astreintes, on peut donc s'interroger sur les coopérations existantes concernant la situation des personnes en fin d'adolescence et des jeunes adultes ; il existe un positionnement institutionnel fort du responsable de pôle, membre du conseil exécutif et qui alerte la CME sur les difficultés relationnelles et les dysfonctionnements de ses collègues de psychiatrie générale.

4.3. Les psychologues

2 ont été reçus. La 1^e intervient à la maison d'arrêt, à l'AFT, aux CMP de Saint-Malo et Dinard et effectue un travail institutionnel à Psy 1. La 2^e intervient à Psy 2, à l'hôpital de jour et au CMP de Combourg, à l'hôpital de jour et au CMP de Saint-Malo. 6 psychologues exercent en psychiatrie générale : 5 ETP et un temps partiel. Selon les personnes reçues, les projets ne sont pas lisibles, ils nécessitent qu'une unité de soins soit structurée (1 psychologue par unité de soins, pour canaliser et aider au travail ensemble), qu'un médecin soit garant du travail produit par chacun, que la tête qui dirige le pôle soit bien identifiée, qu'un chef, garant du soutien et de la sécurité, est nécessaire et doit être soutenu, Toujours selon nos interlocutrices, les projets qui valent d'être soutenus sont le CATTP sur Dinard, l'hôpital de jour en alcoologie, une équipe mobile pour les 16-25 ans. Actuellement, les projets sont trop individuels, c'est la cacophonie qui domine.

4.4. Les assistantes sociales

4 sont en poste, 3 ont été reçues, la 4^e était en congé de maternité. 2 sont arrivées en 2005, l'une travaille à Psy 2, au CMP de Saint-Malo, au CMP et à l'hôpital de jour de Combourg, l'autre à Psy 1, au CMP de Saint-Malo et au CMP de Dinard (en congé de maternité). Les 2 autres sont arrivées en 1992 (elle travaille à 80% à Psy 4, à l'AFT, aux appartements communautaires, au CMP de Dol de Bretagne) et en 1999 (elle travaille à l'UAMP : -0,4 ETP-, à Psy 3 -0,3 ETP- et à l'hôpital de jour de Saint-Malo - 0,3 ETP-).

Au sein du CH de Saint-Malo, le service social est composé de 18 AS. Une réunion mensuelle est organisée. Un demi-poste de cadre socio-éducatif est vacant. Dans le pôle de psychiatrie générale, les AS tentent de se rencontrer au cours d'un déjeuner hebdomadaire. Elles souhaitent davantage de rencontres, en particulier concernant les nouvelles réglementations, les nouvelles mesures, d'échanges et de partage des pratiques et de connaissances des partenaires.

Les points « faibles » relevés par nos interlocuteurs :

- Psy 3 a intégré le Rosais en juin 2000. Durant 3-4 ans, des projets de travaux ont été évoqués, sur lesquels le personnel a investi, puis ils ont été suspendus. Les AS estiment ne pas avoir les moyens de travailler correctement dans le respect des patients et de leur famille.

- La charge de travail est importante : les situations de grande précarité sont de plus en plus fréquentes, elles sont confrontées à beaucoup de situations de surendettement et de demandes d'aide financière. Le poids de l'environnement sur la personne est de plus en plus important.

- Les travaux sont effectués « à l'envers ». Les AS n'ont pas demandé à disposer de bureaux au 2^e étage des locaux refaits à neuf dans le CH. Elles refusent de les occuper pour des raisons de sécurité et de confidentialité : il s'agit de bureaux isolés, sans portes, les portes du rez-de-chaussée restant ouvertes.

- Il n'y a pas de projection du pôle sur le moyen ou le long terme : construire pour quoi faire ?

- Quels sont les besoins ? Il n'existe qu'un seul FAM et peu de places. Les AS sont les seules à faire les liens à l'extérieur, avec les partenaires ; les médecins sont très réticents, par exemple avec les Corbières 2, unité qui a été créée à la suite du foyer de vie les 4 Pavillons, sans temps de psychiatre. Dans les foyers de vie, les interventions de psychiatre sont prévues sur des demi-journées, malgré tout les hospitalisations sont trop tardives et entraînent des refus de retour dans la structure.

- Concernant les projets des patients : le champ du social doit être développé dans l'élaboration du projet de soins individuels. On doit faire davantage confiance aux AS dans la construction des projets individualisés, elles connaissent bien les

structures. Á Psy 1, on relève de nombreux projets de foyer de vie -mal construits-, avec des réadmissions à l'hôpital. Á Psy 3, il y a de 15 à 17 patients qui ont des projets de sortie avec une gamme de réponses allant du jeune adulte à la personne âgée, dont 5 qui pourraient sortir immédiatement. Á Psy 4, l'AS a plus de mal à évaluer (elle a mis 3 ans pour obtenir une place en foyer logement). Elle fait une projection vers une résidence accueil pour 10 à 15 personnes ! En général, les AS pensent qu'il est prématuré d'augmenter la capacité de l'AFT.

4.5. Les Corbières

2 rencontres, l'une avec la cadre de santé seule, l'autre en présence du médecin de la structure.

Les structures du pôle gériatrique de Saint-Malo : 340 lits se répartissent en 247 lits d'EHPAD et 93 lits d'USLD. Les Corbières 1 : il s'agit d'un EHPAD de 49 lits GIR 1 et GIR 2. Les Corbières 2 : il s'agit d'un EHPAD de 28 lits GIR de 4 à 6. Aloïs, sur le site du Rosais : c'est un EHPAD fermé de 20 lits pour personnes déficientes dépendantes -principalement malades d'Alzheimer. 3 autres EHPAD sont situées sur le site du Rosais, pour 82 lits (26+27+30). Le Vau Garni : il s'agit de 160 lits dont 4 de SSR répartis dans 6 unités. Il est à noter que 20 lits sont réservés dans le service de moyen séjour du CH de Dinard.

Les résidents : concernant Corbières 2, les chiffres diffèrent selon les rencontres. En décembre, selon notre interlocuteur, 12 sont issus des 4 Pavillons et 3 de la psychiatrie, 8 d'autres structures. En janvier, 9 viennent des 4 Pavillons, 15 de la psychiatrie et 4 d'autres structures. Il est précisé que les personnes sont stabilisées et qu'en 2008 aucun patient des Corbières n'a été réhospitalisé.

Les admissions : le pôle de psychiatrie souhaite que l'EHPAD accueille des patients de Psy 3 et Psy 4 remplissant les conditions d'âge lorsqu'ils sont stabilisés. Mais le retour en psychiatrie est difficile en cas de rechute. Chaque demande d'admission est très étudiée et il n'y a pas de priorité pour le pôle de psychiatrie. Le dossier d'admission est examiné de façon centralisée dans le service de gérontologie du CHG. La plupart des demandes émanent du moyen séjour (pour 95% des personnes admises sur l'ensemble des EHPAD). Le circuit : consultation avec le gériatre (dossier médical) + entretien avec l'AS (dossier administratif). Le

cadre coordonnateur reçoit la fiche de liaison de l'AS après dépôt du dossier complet (médical et administratif). L'admission s'effectue après une journée d'essai suivie d'une visite, puis de 15 jours d'essai suivis d'une évaluation.

Les liens avec la psychiatrie : les consultations de psychiatre se font à la demande, à l'aide de bons de consultation, pour 3 à 4 consultations par an. Il serait plus facile, selon nos interlocuteurs, de travailler avec un psychiatre référent, qui pourrait passer une fois par mois et rencontrer résidents et équipes. Il n'y a pas de consultation au CMP pour les résidents pouvant se déplacer ou être accompagnés. Le traitement psychiatrique est renouvelé par le médecin généraliste de l'EHPAD.

Le médecin responsable propose une synthèse de coordination psychiatrie/gériatrie, un des praticiens de la MNASM suggère des entretiens d'admission conjoints (psychiatre/gériatre).

Difficultés exposées quant aux liens avec la psychiatrie : une résidente a décompensé au Rosais, il a fallu, pour réussir à « forcer la porte », passer par les urgences et faire une HDT. Psy 3 et Psy 4 font des demandes d'admission en urgence lorsque le patient atteint l'âge d'entrée en EHPAD. L'unité Aloïs est toujours considérée par la psychiatrie comme une unité de psycho-gériatrie. Actuellement, 5 personnes proviennent d'une unité psychiatrique. Elles sont violentes, présentent des troubles du comportement majeur, sont très théâtrales. 2 sont arrivées en 1999 et 2004, 2 en 2006 et 1 plus récemment.

Il est à noter qu'un psychologue est en cours d'embauche.

4.6. La CDHP

Sont présents un PH du CHS de Rennes, une représentante de l'UNAFAM et de la FNAPSY, membres de la commission. Les 3 autres membres sont un psychiatre libéral spécialisé en addictologie, un médecin généraliste intervenant en psychiatrie et un magistrat, Juge d'Application des Peines, qui préside. Le fonctionnement de la CDHP est jugé satisfaisant par les membres présents de la commission. L'équipe est complète. Il est constaté d'importantes restrictions des sorties d'essai de HO suite aux différentes consignes administratives reçues par les préfets, préoccupantes car s'appliquant malgré la rédaction de certificats médicaux circonstanciés de la part des psychiatres.

En ce qui concerne le CH de Saint-Malo, la CDHP se déplace en psychiatrie 3 fois par an. La CDHP n'a pas reçu de plainte de patients hospitalisés, la représentante des usagers ajoute même que les patients semblent « cocoonés » dans les services. Mention est faite des chambres d'isolement qui ne satisfont pas aux recommandations de l'HAS.

Le praticien présent évoque librement les relations entre médecins psychiatres qui se sont dégradées : « historiquement, la psychiatrie de Saint-Malo est née à partir d'une équipe de médecins qui exerçaient à Rennes, au CHS Guillaume Régnier. Au départ des 2 médecins fondateurs, une *guerre de succession* s'est déclenchée. Des personnalités sont passionnelles et émotives, et les conséquences des difficultés relationnelles sont de deux ordres : une altération de l'image de la psychiatrie vis-à-vis des urgentistes et des somaticiens, un retentissement sur l'organisation des soins, avec peu de chance qu'aboutisse le projet de structure intersectorielle de 18 lits pour malades sous contrainte, étant donné la concertation que cela implique et qui n'existe pas entre les praticiens psychiatres ».

4.7. Le DIM du CH de Saint-Malo

Ce praticien a pris ses fonctions en 2000. Médecin hygiéniste auparavant, il travaillait déjà avec les services de psychiatrie.

Le RIMPsy : il est expérimenté dans 2 structures, le service de psychiatrie et l'UFA pour la psychiatrie infanto juvénile. Une technicienne nommée à mi-temps en octobre 2008 est chargée du déploiement du RIMPsy dans l'établissement. Les urgences psychiatriques et l'UAMP qui appartiennent à un pôle MCO peuvent être codés. Pour les CMP, le RIMPsy va être réalisé à partir du dossier papier car l'informatisation n'est pas possible actuellement. Les 2 sites du pôle de psychiatrie, le Rosais et Broussais, sont informatisés et aptes à renseigner les mouvements des patients.

Commentaires divers du DIM : la pédopsychiatrie possède un logiciel performant, mais il va changer. Il existe peu de contacts entre Saint-Malo et Dinan, alors qu'il existe maintenant une direction commune. Saint-Jean de Dieu possède un temps de DIM assuré par un médecin psychiatre. Le dossier patient informatisé pose des problèmes de confidentialité, il peut y avoir une recommandation lors de la V2.

Les unités d'hospitalisation du Rosais et de Broussais commettent beaucoup d'erreurs que le DIM n'a pas pu contrôler, donc les données sont peu fiables. Il existe un portail intranet, mais la psychiatrie n'y figure pas. Les rapports avec la psychiatrie (équipes soignantes et médecins) sont excellents, sauf pour un praticien. Il existe un fort investissement institutionnel de la psychiatrie dans la démarche d'informatisation du dossier patient et du RIMPsy. 2 PH font partie du collège du DIM, l'un en psychiatrie générale et l'autre en pédopsychiatrie. Le foyer des 4 Pavillons n'est pas informatisé.

4.8. Le CH de Saint-Jean de Dieu

Rencontre au CH de Saint-Jean de Dieu en présence du Directeur, de l'attachée d'administration et du chef du pôle de psychiatrie générale. L'établissement fait l'objet d'une présentation détaillée : 3 secteurs de psychiatrie générale, un secteur de psychiatrie infanto juvénile, 24 ETP médicaux et 550 ETP non médicaux desservant 2 territoires, le 7 (Saint-Brieuc Lamballe) et le 6 (Saint-Malo Dinan). L'agglomération dinannaise, via le CH, dispose de 47 lits d'hospitalisation complète en 2 unités, ouverte et fermée, d'une unité d'addictologie de 14 lits, d'une unité de long séjour de 27 + 13 lits, d'une unité de psycho-gériatrie de 20 lits et d'un CMP implanté à la périphérie du CHS. 85 lits d'hospitalisation complète sont implantés à Saint-Brieuc, où existent 2 cliniques privées.

La discussion fait apparaître un établissement en pleine mise en oeuvre de son projet, qui paraît très bien argumenté et différencié, opérationnel, où les interlocuteurs médicaux et administratifs sont parfaitement en phase. Saint-Jean de Dieu est partagé entre 2 territoires, ne méconnaît pas ses responsabilités au sein du territoire de Saint-Malo, d'autant plus que ce CH assure désormais la direction du CH de Dinan. L'établissement est donc prêt à s'engager. Dans ce cas, la responsabilité qu'il occupe doit être reconnue par les acteurs publics. Mais il apparaît également la crainte que cette reconnaissance n'entraîne un risque de « cannibalisation » (c'est nous qui le disons). Sur plusieurs points qui pourraient se révéler stratégiques pour la psychiatrie de Saint-Malo, la direction et le responsable médical affirment leur disponibilité de collaboration (elle a déjà fait l'objet d'échanges antérieurs et sera réaffirmée aux tables rondes) : en particulier, le fait de coopérer à la mise en oeuvre de structures médico-sociales (les 24 places de MAS et de FAM, déjà évoquées)

mais également en ce qui concerne l'accueil temporaire sur le site du CH SJD d'une partie de l'hospitalisation psychiatrique de Saint-Malo, pour que les travaux de rénovation ou de reconstruction soient possibles à Saint-Malo. La poursuite de la discussion fait apparaître que si Saint-Malo s'engageait dans un projet de diversification médico-sociale et sociale, la complémentarité avec une programmation analogue du CHS serait également envisageable dans le cadre d'un projet d'articulation sanitaire/médico-social/social de territoire. Selon nous, le savoir faire de Saint-Jean de Dieu en addictologie et en psycho-gériatrie pourrait suggérer également d'autres formes de collaboration (formation, appui).

4.9. Monsieur le Procureur de la République

D'une façon générale, il indique ne pas avoir de problèmes avec la psychiatrie. Il souligne l'importance des problèmes liés à l'alcool et le taux très élevé de suicides aboutis, des délits liés à des majeurs protégés. Pas de problème non plus avec la psychiatrie à la maison d'arrêt. Le parquet a visité la psychiatrie de Saint-Malo fin 2007, vétuste et dont les chambres d'isolement sont scandaleuses. Le procureur relève la difficulté des expertises psychiatriques, du fait de la difficulté de recrutement d'experts. De même, dans le domaine des auteurs d'infraction sexuelle, ni expert ni médecin coordinateur. Enfin, il fait part d'un très bon fonctionnement avec la pédopsychiatrie.

4.10. Madame la Maire-adjointe de Saint-Malo

Rencontre avec la maire adjointe de Saint-Malo, Conseiller Général. Ancienne directrice de MECS, elle est en charge du secteur de la santé et du handicap. Elle anime un comité restreint de santé mentale qui se réunit régulièrement, comprenant des professionnels des secteurs médico-social et social et des représentants de la psychiatrie hospitalière : les responsables successifs du pôle de psychiatrie générale. En 2006 a été organisée à Saint-Malo une journée sur le thème « lien social et santé mentale », qui a réuni près de 400 personnes. Les conclusions en ont été qu'il était nécessaire de mieux communiquer sur les services offerts et sur les besoins des aidants familiaux (cf. également la charte départementale d'articulation sanitaire médico-sociale et sociale de 2007 ?). Ainsi est né un SAVS, à partir de la réflexion d'un groupe de travail et de ce diagnostic partagé (ville de Saint-Malo, CH, CG, UNAFAM, ...). Financé par le Conseil Général, il comporte 30 places à

orientation handicap psychique et est susceptible de s'étendre. Madame la maire mentionne également l'appel à projet d'équipe mobile psychiatrie précarité, retenu pour Saint-Malo et qui va bénéficier de 2 postes d'infirmiers. D'une façon générale, elle souligne son intérêt et l'importance du logement, de la place de la famille et de l'insertion en ce qui concerne les malades mentaux.

4.11. La MDPH

Rencontre avec son directeur et le médecin du Conseil Général. Les conflits de la psychiatrie de Saint-Malo sont notoires. La pédopsychiatrie n'intervient plus à la MDPH. Les relations avec l'UNAFAM sont difficiles depuis le début. Sont abordés tout d'abord les problèmes de mise en œuvre de la MDPH elle-même : grosses difficultés de personnel et d'organisation ayant nécessité une stabilisation des équipes et le renforcement des moyens humains. Maintenant, l'équipe médicale est stable. Il faut 7-8 mois pour réunir une commission médicale.

Nos interlocuteurs nous font part de la signature d'une charte, en 2007, dans le département d'Ille et Vilaine, pour une meilleure articulation entre le sanitaire, le social et le médico-social. Le SAVS de Saint-Malo est également évoqué, dont la capacité va être portée à 60 places. Nos interlocuteurs regrettent le fonctionnement local qui tendrait à faire de la MDPH une simple chambre d'enregistrement et nécessite, pour une amélioration, que les demandes soient anticipées. Ils regrettent également l'absence d'interlocuteur identifié.

4.12. Le foyer des 4 Pavillons

Foyer occupationnel, il dispose de 43 places et gère également l'un des appartements communautaires de 3 places. Les patients sont admis sur avis de la MDPH. L'âge des patients s'étend de 23 ans à 59 ans. Après 60 ans, ils sont orientés vers les Corbières 2. 98% des résidents sont sous tutelle ou curatelle.

Les locaux du foyer sont un peu dégradés malgré une rénovation en 2000, mais restent acceptables. Il semble que beaucoup d'ateliers et d'activités (avec ergothérapeutes notamment) soient organisés. Après examen de la demande, un couple peut obtenir une chambre commune. L'ensemble des patients est réparti en 4 groupes, avec pour chaque groupe un moniteur référent. Il existe un conseil de la vie sociale, élu, avec des représentants des familles, des résidents, et du personnel.

Un IDE est de permanence pour toute la structure du lundi au vendredi. Un psychiatre de liaison (le Dr Mahéo) intervient sous forme de visites tous les 15 jours. Le cadre de santé responsable de la structure estime que beaucoup de patients ne sont pas suffisamment stabilisés et nécessiteraient des réhospitalisations difficiles à mettre en place. Elle estime également que les relations avec la psychiatrie de l'hôpital ne sont pas assez développées, voire parfois difficiles, du fait du manque de réactivité et de disponibilité des psychiatres. Un médecin généraliste (4 en tout) passe une fois par mois. Les résidents ont tous un médecin traitant.

Comme c'est souvent le cas, cette structure de type médico-social, gérée par le CHG, a le sentiment que ses demandes de type travaux, logistique, petites réparations, sont traitées avec retard par le CHG.

V/ COMMENTAIRES

5.1. La communauté médicale

Depuis quelque temps, la communauté médicale des psychiatres (psychiatrie générale) du CH de Saint-Malo ne se porte pas bien. Cela n'a pas toujours été le cas. Effet ou cause, les départs effectifs ou annoncés laissent plusieurs postes vacants et contribuent à une atmosphère de précarité aiguë dans le travail, qui doit se réaliser avec nettement moins de ressources, et à une ambiance mélangée faite d'aigreur, de scepticisme, sur fond de tensions chroniques entre les membres de cette communauté. Celle-ci est stigmatisée péjorativement par les pouvoirs publics, à l'origine de la saisine de la MNASM, par certains patients et leur famille, par la communauté médicale et l'administration de l'hôpital, ainsi que par certains interlocuteurs, médicaux ou non, extérieurs à l'hôpital. La stigmatisation repose sur des comportements individuels répétés portant sur le (non) respect des personnes, des confrères, des règles de fonctionnement des services et des unités, de la hiérarchie médicale telle qu'elle peut s'appliquer au-delà des aspects collégiaux ou de l'indépendance professionnelle.

Nous avons rencontré à plusieurs reprises cette communauté, individuellement ou en groupe quasi complet, et nous avons pu constater par nous-mêmes d'extrêmes tensions pouvant laisser craindre des réactions auto ou hétéro agressives de certains, que ce soit en réaction excessive aux tensions

professionnelles ou en raison d'une souffrance plus personnalisée. Nous avons pu observer également une très grande difficulté à coopérer pour définir collectivement et résoudre pragmatiquement des problèmes circonscrits, comme si chaque élément d'un problème devait ouvrir constamment un débat plus général, et à s'entraider. Les injures publiques d'un praticien vis-à-vis d'un autre collègue lors de notre premier passage, la gestion conflictuelle et confuse de la situation d'un patient détenu hospitalisé en HO un week-end et ses conséquences sur les directives concernant sa prise en charge, sur la sécurité du personnel, la difficulté à obtenir des tableaux de service ou de garde, à définir des affectations précises reliées à la charge de travail, la non participation de certains aux réunions médicales, sont des exemples parmi d'autres. Les comportements évoqués ne sont pas le fait de tous les praticiens, ils concernent un petit nombre mais sont déterminants vu leur nombre réduit. Ils pourrissent l'atmosphère de travail, retentissent sur l'image de la communauté psychiatrique toute entière et sapent sa crédibilité. Ces perturbations, en les impliquant, contaminent l'ensemble des activités psychiatriques, les relations hiérarchiques et les places professionnelles. Elles conduisent à l'évitement des conflits pour avoir la paix, au repli, au chacun pour soi ou à la confusion dans des domaines professionnels où, du fait de l'interdépendance constante des situations, clarté et solidarité doivent être impératives. Elles conduisent finalement au risque de nivellement par le bas généralisé de toutes les exigences professionnelles.

Bien évidemment l'enjeu, que chacun perçoit, est de stopper la spirale péjorative encourageant les départs et décourageant les recrutements, qui peut dévaster définitivement cette communauté jusqu'à la réduire à presque rien, au détriment maximal des soins aux malades et à leur famille. Ses conséquences peuvent rendre la gestion médicale de la psychiatrie de Saint-Malo tributaire de supplétifs incontrôlables, intermittents, ou dépendante de la pédopsychiatrie, d'un appui de Dinan ou de Rennes, l'histoire balbutiant jusqu'au retour à l'origine.

Bien que nos rencontres individuelles et collectives aient abordé tous ces aspects, personnels et professionnels, elles n'ont pas enclenché de processus d'autocorrection. Peut-être cette communauté médicale attendait-elle un appui de tiers que nous ne lui avons pas fourni. Peut-être n'est-il plus temps. Les mesures que nous avons proposées immédiatement, oralement, combinent mécanismes de correction, appui et aide.

Elles s'inscrivent dans un accompagnement attentif et continu passant par un chef de pôle respecté exerçant un pilotage médical global clair, soutenu constamment par la commission médicale et le conseil exécutif, ce dernier relayé par la direction. Cet appui continu doit refléter la symbolique de la solidarité de la communauté hospitalière ainsi que l'attention et l'énergie devant s'appliquer à l'appui et aux mesures de correction.

Les comportements médicaux individuels intempestifs, d'où qu'ils viennent, doivent être sanctionnés, au sens où ils doivent être considérés comme des événements indésirables à relever systématiquement, pour faire l'objet d'une intervention correctrice dont l'effet est à vérifier, aux conséquences proportionnées.

Il faudra arriver ou revenir à une clarification et à une simplification des hiérarchies médicales, vu le petit nombre de praticiens et malgré la dénomination de chefs de service. Il est préférable de considérer le chef de pôle comme chef de service de tout l'intra hospitalier, les chefs de service ayant autorité sur l'ambulatorio ou, comme les non chefs, sur des activités hospitalières limitées définies par le chef de pôle.

Il faudra arriver ou revenir à une clarification et refondation des règles, des procédures et des organisations des services : identification de la responsabilité médicale depuis la garde jusqu'au service ordinaire, en incluant le fonctionnement médical en l'absence d'un praticien ; indications et prescription, surveillance de la mise en chambre de soins intensifs, indications et prescription de la limitation d'aller et venir pour certains patients ; prescription par un médecin et respect ou changement de prescription par un autre ; répartition de la responsabilité médicale du chef de pôle au responsable médical d'un patient individuel ; réunions régulières médicales avec présence obligatoire de tous, et médicales/paramédicales /non médicales pour préciser et/ou ajuster les règles de fonctionnement des services et la gestion des situations, etc.

Cette refondation générale doit inclure le travail et le positionnement des cadres de santé de la psychiatrie, en général et comme interface entre la hiérarchie médicale et la gestion quotidienne des services. La nomination récente d'un cadre responsable de la psychiatrie devrait fournir l'occasion d'un nouveau départ et

bénéficiaire du même appui de la part du directeur des soins et de la communauté médicale et hospitalière.

Les informations dont nous disposons, au moment où ce rapport est publié, trois mois après notre dernier passage, semblent indiquer que le fonctionnement médical ne s'est pas amélioré. Comme nous l'avons dit, nous ne savons pas s'il est trop tard, si nos recommandations initiales étaient inapplicables, inappropriées, ou inefficaces. L'étape qui doit dès lors s'engager, avec l'accord des tutelles, de toutes les instances et dans le respect du droit, doit consister à rebattre complètement les cartes : nous demandons qu'une inspection soit déclenchée, concernant le fonctionnement de la communauté médicale. L'interaction entre les personnes et les organisations nécessite des investigations plus poussées que notre propre constat, fondé sur des témoignages directs ou indirects non vérifiés. Cette inspection visera à mettre en évidence de façon avérée, le cas échéant, des éléments de dysfonctionnement médical, d'insuffisance professionnelle susceptibles de faire écarter et /ou gérer par le CNG un ou plusieurs praticiens dans l'intérêt du service : assiduité au travail et respect des horaires, des tableaux de service et de garde pour tous, respect de l'organisation définie par le chef de pôle, respect des malades et de leur famille, des confrères, des partenaires, souci de la cohérence dans le travail et de la sécurité des patients et du personnel, compatibilité d'exercice en commun... Tous ces éléments, non exhaustifs, doivent être recherchés sur une base rétrospective.

Dans les suites immédiates de cette inspection si elle vérifie les faits, le responsable de pôle devrait avoir carte blanche sur la réorganisation médicale, ou bien la tutelle provisoire du responsable de la pédopsychiatrie sur le pôle de psychiatrie devrait être envisagée, en attendant le recrutement d'un chef de pôle par candidature extérieure.

Dans tous les cas, une politique de recrutement médical extrêmement engagée et continue doit être soutenue par l'établissement : on ne doit pas négliger la dynamique susceptible d'être apportée par de jeunes praticiens. L'appui de la Faculté de Médecine de Rennes devrait être recherché énergiquement, compte tenu des problèmes, pour faciliter l'arrivée d'assistants et de nouveaux internes (il en

existe déjà un), eux-mêmes source potentielle d'approvisionnement en temps séniorisé ultérieur.

5.2. La psychiatrie générale dans les deux secteurs de Saint-Malo

5.2.1. Les ressources

Si l'on se donne comme point de comparaison des données nationales, les secteurs de Saint Malo desservent une population de taille moyenne (≥ 70.000 habitants), en augmentation, vieillissante, marquée par les problèmes de comorbidité alcoolique et de suicidalité. Pour faire fonctionner la psychiatrie, elle dispose, pour deux secteurs hors UAMP, de 122 ETP paramédicaux (dont 7 pour les urgences) et de 9,6 ETP médicaux, soit 60 ETP paramédicaux et 4,8 ETP médicaux (dont il faudrait déduire le temps consacré aux urgences) par secteur. Le premier chiffre est sensiblement inférieur à la moyenne nationale en CHS (+ de 80 ETP par secteur), plus proche de la moyenne de la psychiatrie en CH (63 ETP), dont le nombre de lits est plus réduit. L'effectif médical est nettement inférieur à la moyenne nationale (6 ETP par secteur), en particulier si l'on considère les postes actuellement vacants (2,5). En bonne logique, la psychiatrie d'un CHG devrait additionner les moyens nécessaires à son hospitalisation complète et à l'ambulatoire, comme en CHS, mais également des moyens pour répondre aux besoins internes de l'hôpital général dont elle dépend : urgences, liaison, etc., ce qui représente un poids d'autant plus important que le nombre d'équipes du territoire desservi sur lesquels ces moyens s'amortissent est restreint et que les besoins de l'hôpital sont importants.

78 ETP paramédicaux sont affectés aux unités intra hospitalières (70% du total, ce qui est habituel). Cette dotation, quoiqu'un peu basse, est cohérente pour ce type d'unités et le nombre de lits, sans redéploiement à attendre à nombre d'unités constant. La diversification des postes est réalisée (50 infirmiers et 28 aides-soignants) dans le cadre du projet actuel. Les deux hôpitaux de jour disposent de 4 et 3 soignants, ce qui correspond à un fonctionnement minimal. 3,3 ETP sont consacrés à la prison, 14 ETP sont affectés à l'ensemble des CMP-CATTP, ce qui paraît, là aussi, minimal compte tenu d'une relative dispersion obligatoire des structures pour réaliser un maillage efficace. 5 agents sont affectés au forum, 4 à l'activité AFT/appartements. C'est probablement dans l'évolution des projets concernant ces deux dernières activités qu'il existe des marges possibles de

redéploiement en cas d'évolution/substitution vers les alternatives à l'hospitalisation (cas du forum) et vers un hébergement associé à un SAVS (cas des appartements). Mais ces marges sont très faibles et ne sauraient masquer que l'ambulatoire doit être renforcé.

Au total, les effectifs paramédicaux sont rigoureusement comptés. S'ils restent compatibles avec un fonctionnement hospitalier minimal, ils permettent peu de marges ni de choix. Ils n'autorisent guère mobilité et réactivité de l'organisation ambulatoire, même si d'autres facteurs entrent également en ligne de compte. Ces points sont relevés régulièrement dans les tables rondes. Les effectifs médicaux sont pénuriques et sinistrés.

5.2.2. L'hospitalisation complète, l'amont et l'aval

En 2007 et 2008, il y a eu respectivement 364 et 318 admissions à Psy 1, 392 et 483 admissions à Psy 2, pour un taux d'occupation en 2008 de 97 et 95%. 91 et 49 admissions ont été prononcées à Psy 3 et Psy 4 en 2007 et 2008. Les DMS de 2007 et 2008 à Psy 1 et Psy 2 ont été de 22 et 25 jours, de 21 et 16 jours.

On note les variations entre unités sectorisées qui desservent une population comparable, des variations abruptes d'activité d'une année sur l'autre, des DMS courtes, mais dont la brièveté peut être accentuée par les transferts à l'extérieur ou entre unités. Les flux à Psy 3 et Psy 4 ne sont pas négligeables.

Le 30/03/09, pour 85 lits disponibles, 82 patients étaient présents (96% de taux d'occupation), 11 hommes en Psy 1 (50%), 10 en Psy 2 (55%), 16 en Psy 3 (70%), 10 en Psy 4 (50%). 9 patients étaient hospitalisés sous contrainte (HDT + HO en Psy 1 (40%), 13 en Psy 2 (53%), un en Psy 3 (5%), aucun en Psy 4. 66% étaient des patients déjà connus en Psy 1, 72% à Psy 2, Ce taux de réhospitalisation est supérieur à ce qui est observé en moyenne nationale (50%). On observe 100% de réadmissions en Psy 3 et 4, ce qui est logique dans ces dernières unités. Psy 2 semble se caractériser par un taux un peu plus élevé d'HSC et de réhospitalisations. En Psy 1, 2, 3 et 4, 6 patients, respectivement, 2, 19 et 13 étaient présents à cette date depuis plus de neuf mois de façon continue, soit 40 sur 86, ce qui est supérieur à la moyenne de nos constats empiriques (30%). Au-delà de discussions hypothétiques sur le fonctionnement des unités et les pratiques de soins,

l'enseignement majeur est la saturation avérée des lits, le nombre élevé de réadmissions et d'hospitalisations prolongées un jour donné.

Si 88 lits d'hospitalisation complète représentent, pour 100.000 habitants, un nombre de lits inférieur à la moyenne nationale et régionale, de nombreux secteurs français fonctionnent avec moins de 40 lits par secteur de population et de morbidité comparables. La capacité en hospitalisation complète dépend de 2 facteurs : le premier est la qualité de la dynamique d'amont. Elle joue moins sur la capacité globale ou, plus exactement, il faut réaliser un très gros travail alternatif pour peser sur le recours à l'hospitalisation. À l'inverse par contre, un travail alternatif médiocre peut augmenter notablement le recours à des hospitalisations courtes, mais évitables. Toutes nos visites et les commentaires des utilisateurs, urgences, généralistes, usagers, acteurs sociaux lors des tables rondes, ont convergé pour relever l'insuffisance de mobilité et de réactivité de la psychiatrie ambulatoire, et le quasi clivage entre les urgences, l'UAMP d'une part, et les services d'admission d'autre part. Le taux assez élevé de réhospitalisations dans les unités d'admission (65% et 70%, cf. supra) est conforme avec les remarques des utilisateurs sur le passage fréquent aux urgences, même pour des patients connus sans problèmes somatiques associés, les difficultés de prévention et de suivi et les mécanismes de porte tournante.

L'autre facteur consiste dans la qualité de la dynamique d'aval : c'est l'absence de perméabilité ou de l'offre d'aval pour des hospitalisations qui se prolongent et deviennent inadéquates. La psychiatrie malouine présente donc la combinaison des deux facteurs où prédomine le dernier, en relation avec un nombre élevé d'hospitalisations prolongées (cf. supra), adéquates ou non.

Une étude concernant les projets de sortie pour l'ensemble des patients hospitalisés dans les 4 unités d'hospitalisation a été demandée aux assistantes sociales du pôle de psychiatrie en novembre 2008. Avec les éléments qui nous ont été adressés, nous constatons que **seuls 10 patients nécessiteraient le maintien de leur hospitalisation** sans autre projet envisageable. 34 patients bénéficieraient d'une admission en structure médico-sociale, 9 patients d'une admission en structure sociale. **Sont donc dénombrés 43 patients** pour lesquels l'hospitalisation est devenue inadéquate à leur situation. **Cela signifie également que**

l'hospitalisation complète active de la psychiatrie malouine « tourne » en réalité sur moins de 40 lits (88 – 53 [43+10] = 35) ce qui explique en grande partie ses difficultés de fonctionnement.

Bien entendu, ces résultats sont à relativiser pour plusieurs raisons :

- La variabilité clinique de la situation des patients peut faire que certains malades, réputés insusceptibles de sortir, réussissent un projet de vie contre toute attente, tandis que d'autres, réputés en capacité de le faire, ne réussiront jamais leur sortie tandis que d'autres encore, qui sont sortis, doivent être réhospitalisés sporadiquement ou durablement, et que de nouveaux patients deviennent chroniques. Il doit en être tenu compte.

- Ne sont pas comptabilisés les besoins en places, en structures et en services médico-sociaux et sociaux pour les patients déjà suivis en ambulatoire au moment de l'étude. Les rencontres, lors des visites des structures ambulatoires, les tables rondes entre la psychiatrie et ses partenaires, en ont été l'écho.

- Seules les réponses nécessitant un hébergement ont été mentionnées. Les orientations nécessitant des services d'accompagnement n'ont pas été intégrées. Ceci est d'autant plus curieux que la municipalité de Saint-Malo est à l'origine de 60 places de SAVS créées ou en passe de l'être, dédiées au handicap psychique. Remarquons le choix fait d'appartements communautaires uniquement accompagnés par des soignants, et non d'un hébergement avec SAVS.

- Chaque projet proposé semble correspondre à une structure d'hébergement partenaire existante. On peut donc supposer que lorsque le type de structure n'existe pas, le projet ne peut pas être élaboré. Par exemple, il n'y aurait que 2 MAS et 2 FAM pouvant accueillir les patients du secteur psychiatrique ce qui, vu le faible turn over dans ce type d'établissement, représente très peu en termes d'accueil.

- La méthodologie permettant d'encadrer le recueil des données n'a pas été fixée.

Bien qu'il ne s'agisse que d'une photographie à un moment donné, principalement évoquée du point de vue social, l'insuffisance en structures d'accueil pour les patients de la psychiatrie malouine, hospitalisés ou non, est confirmée. Ces

résultats sont concordants avec les autres études menées dans le département et la région. Ceci rend d'autant plus opportun le projet évoqué d'une structure de 48 places (24 de FAM et 24 de MAS) pour les départements des Côtes d'Armor et d'Ille et Vilaine, impliquant les CH de Saint-Malo et de Saint-Jean de Dieu (cf. rencontres et tables rondes supra). Même si les besoins qualitatifs et quantitatifs gagneraient à être vus dans le cadre d'une enquête plus approfondie et structurée méthodologiquement. Seule celle-ci permettrait une évaluation exhaustive des besoins en places ou services médico-sociaux et sociaux pour les patients hospitalisés au long cours, mais pas seulement, pour identifier les solutions d'accueil les plus adaptées existantes, en projet ou à créer, et développer les actions à mettre en œuvre avec les différents partenaires.

5.2.2.1. Étude d'inadéquation et projet médical de la psychiatrie de Saint-Malo

Cette étude, même si elle nécessite d'être approfondie, soulève d'ores et déjà plusieurs questions techniques et stratégiques :

Tout d'abord, elle relativise sérieusement les besoins en hospitalisation complète en remettant en perspective la saturation de celle-ci et, en particulier, les 18 lits supplémentaires qui figurent dans le projet de la psychiatrie, structure fermée ou pas. Ensuite, elle ouvre un choix pour arriver au même résultat capacitaire plus confortable. Doit-on créer des lits de psychiatrie supplémentaires (projet de Saint-Malo) ou utiliser davantage et/ou créer des moyens dans les secteurs médico-social et social pour les patients issus de la psychiatrie ? Ceci nécessite que le choix soit fait de la part de l'établissement et des planificateurs. Par ailleurs, la rénovation de la psychiatrie ou l'investissement en cas de reconstruction, s'ils sont envisageables sur un volume plus réduit tout en autorisant une certaine différenciation interne de l'hospitalisation, nous sembleraient plus rationnels dans la 2^e hypothèse, compte tenu des contraintes de l'immobilier hospitalier sur le site de Saint-Malo.

Si l'on adopte cette perspective, et compte tenu du niveau actuel de ses moyens, la psychiatrie devrait diminuer son nombre de lits, mais non proportionnellement, et conserver et réutiliser ses moyens « libérés » petit à petit par la planification médico-sociale au fur et à mesure qu'elle se met en place. Cela

représente un objectif cible de sortie de 40 patients et une réduction du nombre de lits de 20. Le processus serait le suivant : a) améliorer le confort capacitaire en ramenant de 100 % à 85/90 % le taux d'occupation des lits nécessaires après résorption des hospitalisations inadéquates b) garder une capacité de 10 à 15 % des lits libérés pour la réhospitalisation sporadique ou définitive des patients inadéquatement hospitalisés sortis² et la création de nouveaux patients chroniques, c) provisionner une capacité nécessaire pour la pression démographique future, d) garantir un accompagnement sanitaire crédible des patients sortis dans les secteurs médico-social et social : continuité des soins, liaison, prévention des hospitalisations évitables et facilitation sans délai des hospitalisations nécessaires e) renforcer une zone de soins plus intensifs dans l'hospitalisation complète et f) renforcer l'ambulatoire de la psychiatrie malouine.

Un ordre de grandeur donnerait, calculé sur cette base, à partir de 90 patients présents au maximum actuellement, moins 40 patients susceptibles de sortir (dans l'idéal) = 50, x 115% (pour aboutir à un taux d'occupation de 85%) = 58, + 15% de 40 patients sortis (capacité de réhospitalisation) = 6 soit 58 + 6 = 64, arrondis à 70, comprenant 10 hospitalisations prolongées adéquates. Remarquons que ce processus reviendrait à disponibiliser 60 lits pour une psychiatrie active (70-10 patients adéquatement hospitalisés au long cours), au moins aussi importante que

² Ces lits gagneraient à être dédiés sous la forme d'une unité spécialisée dans l'accueil de crise des patients handicapés psychiques, dans le but d'améliorer le savoir faire des soignants concernés et la qualité d'accueil de ces malades, souvent désorganisateur dans les unités polyvalentes et de garantir ainsi un accueil hospitalier aux besoins des partenaires médico-sociaux et sociaux. Cette unité pourrait être envisagée en collaboration avec le CHS de Saint-Jean de Dieu qui rencontre les mêmes problèmes, voire coordonnée avec des projets analogues d'établissements spécialisés des territoires limitrophes, sous réserve d'un projet personnalisé rencontrant l'accueil des familles et des tuteurs, des patients bien évidemment si leur consentement est accessible. Cette réflexion, engagée dans le cadre d'une planification médico-sociale élargie, devrait également concerner une planification interinstitutionnelle sanitaire concernant les hospitalisations prolongées adéquates (HO de très longue durée, etc.). En petit nombre, ces patients pourraient être réunis dans une ou plusieurs petites unités du même territoire, et conçues pour mixer convenablement projet de lieu de vie/lieu de soins (cf. le rapport demandé par la DHOS et l'ARHIF au Dr Halimi pour les patients de Paris hospitalisés adéquatement au long cours). Si cette dernière éventualité était retenue en coopération avec Saint-Jean de Dieu, qui dispose de davantage de terrain, une hospitalisation rénovée concentrée sur l'acuité pourrait ne pas dépasser 60 lits à Saint Malo, tout en faisant face aux besoins.

ce que procurerait la création d'une unité de 18 lits ($88 + 18 = 106$, moins 53 patients inadéquats et adéquats = 53). Il n'est pas sûr, par ailleurs, que la création de lits de novo en psychiatrie prendrait moins de temps que les 3 à 5 ans que nécessiterait la mise en œuvre d'une planification médico-sociale et sociale efficiente si les projets d'établissement et de territoire sont présentés et agréés avec l'ARH (ou l'ARS).

L'ensemble de cette planification, qui prendra du temps pour être mise en œuvre, devrait être précédée d'un soutien énergique immédiat, par les pouvoirs publics, du CH, de la psychiatrie et de ses services sociaux, pour influencer davantage les établissements médico-sociaux et sociaux du territoire et du département, ainsi que de ceux limitrophes. **Chaque patient inadéquatement hospitalisé dont la sortie respectueuse de ses besoins est réussie, libère une capacité de 12 admissions par an**, sur la base d'une DMS d'un mois, 60 pour 5, 120 pour 10 patients... D'où, également, l'urgence de la mise en œuvre des projets de MAS et de FAM et de l'utilisation à la hauteur des besoins du SAVS malouin.

VI/ LES RECOMMANDATIONS

Elles retrouvent le constat général ayant entraîné la saisine de la MNASM : nécessité pour le CH de Saint-Malo et pour sa psychiatrie de mener conjointement 1) la restauration de sa politique médicale et 2) l'actualisation de son COM (volet psychiatrie) à partir d'un projet médical actualisé.

6.1. Restaurer une politique médicale cohérente après une inspection

Restaurer une politique médicale cohérente, impossible actuellement.

Les temps médicaux actuels (7 ETP) représentent presque la moitié de ce qui est nécessaire, et ne fonctionne pas correctement.

- Avec le responsable de pôle actuel, à condition 1) qu'il puisse s'appuyer sur une inspection afin de mettre en évidence des dysfonctionnements et des insuffisances professionnelles si elles sont caractérisées et les sanctionner 2) qu'il ait carte blanche pour mener complètement la réorganisation médicale : recrutement, affectation, départ 3) en étant soutenu administrativement et budgétairement pour qu'il n'ait pas à choisir entre garder des collègues difficiles pour conserver un temps médical réduit ou bien faire ce choix mais en perdant des temps médicaux 4) en réalisant cette opération avant la fin de l'année 2009.

- Avec un chef de pôle temporaire, si l'actuel n'aboutit pas ou renonce, délégué par le conseil exécutif (pédopsychiatre ou somaticien), sur les mêmes bases que précédemment, dans la perspective du recrutement à entreprendre d'un chef de pôle par candidature extérieure.

- En s'efforçant de recruter des praticiens seniors et des jeunes par les démarches habituelles de publication et de publicité, en s'appuyant sur le CNG, en s'aidant d'un cabinet de recrutement, en s'appuyant sur des discussions avec l'ARH et la Faculté de médecine de Rennes pour créer des postes d'assistants spécialistes et/ou à temps partagé entre l'hôpital et l'université, d'internes. Enfin en sollicitant un appui, temporaire et facilité par les pouvoirs publics, des établissements voisins.

L'impossibilité de progresser reviendrait à confier la tutelle médicale de la psychiatrie de Saint-Malo à Dinan et/ou à Rennes.

6. 2. Á court terme : réhabiliter à titre provisoire les locaux des services Psy 3 et Psy 4

Remettre les chambres d'isolement aux normes et les humaniser : les informations fournies par la Direction nous informent que Psy 1 et Psy 2 ont été totalement « rafraîchies » et les deux chambres d'isolement refaites et équipées depuis février 2009.

Si le choix est fait d'avoir un ambitieux projet de restructuration ou de reconstruction de l'hospitalisation de la psychiatrie, les délais nécessaires rendent indispensables de « rafraîchir » également les unités Psy 3 et Psy 4 en attendant, surtout si l'on prévoit de disponibiliser partiellement l'une d'elles pour les patients en court séjour.

6.3. Á court terme : un chef de projet pour la sortie immédiate d'une dizaine de patients

Il est assez frappant de souligner le contraste entre le nombre de patients qui séjournent à l'hôpital et des affirmations convergentes de sources différentes (cadres, soignants, AS) selon lesquelles des projets de sortie sont possibles. Comment ne pas s'étonner, dès lors, de la relative inutilisation du SAVS par la psychiatrie ? Est-ce un problème de logement associé ? Mais la mairie est

soutenante ! Un problème de philosophie des soins ? Comment ne pas constater l'existence, au CHG, d'un fort secteur pour personnes âgées, d'une offre dans le secteur du handicap qui, plus est, rattachée à la psychiatrie ? Dans les 2 cas, cette offre est inexploitable en raison de relations exécrables anciennes entre la psychiatrie et ses partenaires de l'hôpital. C'est pourquoi nous recommandons une coordination thématique régulière entre le pôle de psychiatrie, la gériatrie et le foyer des 4 Pavillons, en complémentarité avec les thématiques du conseil de santé mentale et le projet médical de territoire (volet personnes âgées et volet handicap)

Au sein du pôle de psychiatrie, un chef de projet devrait être identifié (nous pensons à une AS), soutenue par les médecins, les soignants, ayant accès à l'équipe administrative et aux tutelles pour 1) lancer l'enquête définitive d'inadéquation/adéquation, starter du projet médical et de l'hospitalisation 2) centraliser et mettre en œuvre tous les projets de sortie possibles. L'objectif est d'aider le CH et sa psychiatrie à ce qu'un petit nombre de patients inadéquatement hospitalisés soient rapidement accueillis en MAS, foyer, maison de retraite. La psychiatrie du CH doit garantir leur suivi et leur réhospitalisation si besoin. Une cible serait d'obtenir, dans les mois qui viennent, une sortie réussie et respectueuse pour au moins une dizaine de patients. La capacité libérée doit être réorganisée pour rester active (impact à vérifier). Ceci peut impliquer qu'une partie de Psy 3 ou Psy 4 puisse accueillir sous condition, en quelques mois, quelques patients en phase aiguë de façon adaptée, pour désengorger rapidement Psy 1 et Psy 2.

6.4. Actualiser le COM

Actualiser le COM concernant la psychiatrie entre le CH de Saint-Malo et l'ARH pour qu'il soit lisible, crédible dans la durée, connu de l'ensemble des acteurs, condition de leur engagement, avec des engagements financiers actualisés sur les choix suivants :

6.4.1. L'hospitalisation complète et l'articulation psychiatrie/ handicap

6.4.1.1. Planifier une diversification médico-sociale et sociale pour les patients inadéquatement hospitalisés ou non au long cours dans un projet médical et d'établissement

Planifier, pour les 5 ans qui viennent, une diversification médico-sociale et sociale pour les patients de la psychiatrie inadéquatement hospitalisés (au moins une quarantaine), à partir d'une enquête officielle qui en est le point de départ urgent. Diversification présentée dans le projet d'établissement et faisant l'objet d'une contractualisation avec l'ARH/ARS, prenant en compte l'existant, les projets (FAM et MAS) et ce qui doit être créé.

6.4.1.2. Entreprendre simultanément des négociations sur la coopération/synchronisation avec les projets du CH Saint-Jean de Dieu

Entreprendre simultanément des négociations avec le CH SJD sur les besoins analogues le concernant (une quarantaine de patients) et les collaborations à entreprendre pour qu'il puisse synchroniser avec Saint-Malo son projet d'établissement à faire approuver par l'ARH et définir un projet médical de territoire ou inter territorial d'articulation sanitaire médico-sociale et sociale.

6.4.1.3. Définir avec le CHSJD une réflexion identique concernant les patients adéquatement hospitalisés au long cours

Entreprendre avec le CHSJD des négociations à propos du devenir des patients adéquatement hospitalisés à Saint-Malo, au long cours (une dizaine) et à Dinan. En petit nombre, ces patients ont besoin de plus de place que les patients en séjour court, et la réponse nécessaire est hybride entre lieu de vie et lieu de soins.

6.4.1.4. Arrêter un projet diversifié d'hospitalisation complète/ planification médico-sociale et sociale contractualisé avec l'ARH/ARS

En fonction de tous ces éléments et des négociations à mener, arrêter d'ici la fin de l'année, pour le faire approuver par la tutelle, un projet d'hospitalisation complète renouvelé à 5 ans, de 70 lits environ (ou 60 si les patients adéquats sont hospitalisés ailleurs) comportant 2 unités d'admission/moyen séjour de 22 lits et 2 chambres sécurisées, une unité d'admission fermée/soins intensifs de 14 lits, une

douzaine de lits séparés entre l'accueil des personnes handicapés psychiques et l'évaluation de crise des personnes âgées³. Décider si un tel projet peut se faire dans le cadre d'une rénovation, d'une restructuration, d'une reconstruction, en chiffrer les implantations, les coûts (directs et d'opérations tiroirs, inévitables), et le négocier. Compte tenu de la symbolique du projet et des changements qu'il comporte, et sauf si le différentiel de coût est exorbitant, nous penchons pour une reconstruction. Sachant que si une telle décision est prise, la mise en œuvre réussie de la planification médico-sociale est impérative, sauf à se retrouver avec des lits manquants à l'arrivée. Ceci implique enfin de négocier avec le CHSJD le besoin de Saint-Malo en opérations tiroir, en chiffrer le coût et le faire approuver.

6.4.2. Les urgences, l'ambulatoire et les thèmes transversaux : améliorer lisibilité, mobilité, réactivité

Comme nous l'avons dit, l'ambulatoire de la psychiatrie malouine présente une mobilité et une réactivité améliorables. Mais ses moyens médicaux et paramédicaux ne lui permettent guère de marge de manœuvre. Une piste d'amélioration évoquée lors des tables rondes consiste à parfaire la lisibilité du dispositif dans la perspective de construire avec les partenaires un projet d'agglomération de Saint-Malo, dont le conseil de santé mentale est l'axe, sur des thématiques comme l'accès aux soins, l'urgence et la crise, le handicap, les personnes âgées, la précarité, les adolescents, etc. Exemples : accès téléphonique simplifié à la psychiatrie, interlocuteurs identifiés, identification des événements indésirables (ruptures, délais, etc.) et correction vérifiée entre utilisateurs. Une autre piste consiste à rechercher dans le fonctionnement ambulatoire de la psychiatrie des marges, même si elles sont faibles. Le placement familial, les appartements communautaires, certains fonctionnements d'hôpital de jour ne pourraient-ils pas relever de soins et d'hébergement supervisé par l'accompagnement des résidents par un SAMSAH ou un SAVS, disponible, pour réaffecter une partie du personnel soignant à des soins plus directs ?

Nous proposons que soient pris, sur le territoire des deux secteurs, par la combinaison entre mesures nouvelles, indispensables actuellement, et redéploiement, trois types de mesure :

³ À titre indicatif, sous réserve de vérification par une enquête officielle, rappelons-le, sachant que les besoins en lits de géronto-psychiatrie ne peuvent faire l'objet que d'une évaluation sommaire.

1) Pour améliorer la sortie des urgences. Il s'agit de renforcer le pôle infirmier aux urgences (2 postes) pour lui permettre de jouer pleinement son rôle, en attendant que les transferts diminuent avec le projet de sortie à délai court d'une dizaine de patients chroniques. Il s'agit également donner la possibilité, sur un temps dédié, de prolonger le suivi immédiat après l'urgence pour certaines situations, soit aux urgences elles-mêmes, soit sur le lieu du retour, pour une intervention immédiate de délai bref entre la post-urgence et le relai à organiser entre la sortie à réussir des urgences, les CMP et la médecine libérale ou tout autre relai.

2) Pour améliorer la liaison entre la psychiatrie et les structures ou services accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées : une équipe mobile infirmière de liaison telle qu'elle apparaît dans le projet médical (2 postes). Cette équipe intersectorielle assurerait un contact régulier, programmé ou non, entre la psychiatrie et les différents services de l'hôpital et extérieurs à celui-ci. Elle ne viendrait pas se substituer à l'activité ordinaire des CMP dans ce domaine mais s'y ajouterait, en assurant un passage bref (intervention temporaire et non prise en charge de longue durée) entre le premier contact rapide et la psychiatrie ou le retour rapide du lien nécessaire. Cette équipe jouerait un rôle important pour améliorer, entre autres, les relations entre la psychiatrie du CH et ses structures spécifiques pour le handicap et les personnes âgées, rétablir la confiance et la disponibilité réciproques. Elle serait placée sous la responsabilité du chef de pôle.

3) Donner une organisation lisible au CMP de Saint-Malo : il devrait se donner la possibilité d'un premier accueil infirmier sans rendez-vous tous les jours ouvrables, à la demande de l'équipe infirmière renforcée des urgences, par exemple, d'améliorer sa communication et sa notoriété (site internet, livret, rencontres) vis-à-vis de l'ensemble des acteurs du social et les médecins généralistes, de faire converger vers lui, lorsqu'il est ouvert, tous les messages adressés aux autres CMP lorsqu'ils sont fermés, de faire converger vers les urgences tous les messages adressés au CMP de Saint-Malo lorsqu'il est fermé.

Combinées avec l'existence prévue d'une équipe de liaison psychiatrie précarité, nous pensons que ces mesures devraient améliorer la lisibilité, la mobilité et la réactivité de la psychiatrie malouine en ambulatoire, sur des thèmes transversaux et aux urgences. Elles ne représentent qu'une partie, plutôt non

médicale, d'un projet ambulatoire d'agglomération à perfectionner avec les partenaires et les élus.

6.5. Conforter le pôle de Dinard

Par des mesures nouvelles immédiatement, ou à moins court terme dans les 5 ans qui viennent en réutilisant les moyens de la psychiatrie libérés par la planification médico-sociale, le pôle de Dinard doit être mis à niveau. Cela représente environ 5 postes, toutes catégories confondues.

VII/ ANNEXES : LES TABLES RONDES DU 15 JANVIER 2009

Le compte rendu a été effectué par la DASS.

L'introduction est faite par M. Tanguy, directeur du Centre hospitalier de Saint-Malo et le Dr Kannas, coordonnateur de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale.

Une mission d'appui et de conseil auprès de l'ARH pour le CH de Saint-Malo est conduite dans le cadre de l'organisation de la psychiatrie générale de cet établissement et l'accompagnement de son projet d'établissement.

Les tables rondes organisées ont pour objet de parvenir à un diagnostic partagé basé sur les échanges et l'expression des participants.

7.1. La présentation de la psychiatrie générale (présentation par le responsable de pôle)

La psychiatrie a été rattachée au CH de Saint-Malo en 1983. 2 secteurs de psychiatrie générale existent : le 35 G 01 (Saint-Malo Sud, Dinard, Ploubalay, Combourg) et le 35 G 02 (Saint-Malo Nord, Cancale, Dol de Bretagne Pleine-Fougères). 75.000 personnes/secteur. 170 lits et places sur 2 sites :

2 unités d'entrée de 22 lits sont situées à Broussais : Psy 1 (pour le secteur G02) et Psy 2 (pour le secteur G01). Ces unités accueillent les personnes en hospitalisation sous contrainte (HO-HDT). Le taux d'occupation est d'environ 100 %.

L'UAMP (Unité d'Accueil Médico-Psychologique) de 9 lits gère la crise suicidaire, les dépressions légères ; l'entrée s'effectue par les urgences.

2 unités de prise en charge de patients psychotiques (Psy 3 de 22 lits / Psy4 de 20 lits) sont situées au Rosais.

Il existe par ailleurs une unité de psychothérapie, un placement familial de 10 places, un hôpital de jour de 20 places.

On note en outre un foyer de vie : 43 résidents dont 10 places d'accueil de jour.

L'offre ambulatoire est la suivante : 1 CMP à Saint-Malo bi sectoriel, un CATTP sans hôpital de jour, ouvert 5j/7 de 9H00 à 17H30, 1 CMP à Dinard (CATTP) ouvert 3j/semaine, 1 CMP à Combourg (hôpital de jour) ouvert 5j/semaine,

1 CMP à Dol (CATTP), ouvert 5j/semaine, 3 appartements communautaires de 3 places : 9 résidents.

S'ajoutent enfin les activités de liaison et de réseau ; les interventions de la psychiatrie :

- à l'UCSA, située à la maison d'arrêt, auprès de 150 détenus, pour laquelle est dédié du temps de psychiatre et infirmier psychiatrique

- auprès du CCAA (centre de cure ambulatoire en alcoologie)

- dans les structures médico-sociales : maisons de retraite, foyers de vie, ESAT de Châteauneuf, IME la Passagère, ...

- un travail en partenariat avec tous les services sociaux, les GEM, les SAVS.

Un projet est en cours pour la création d'une maison pour psychotiques.

Il existe un conseil de santé mentale depuis 20 ans.

Il existe un autre établissement spécialisé en santé mentale sur le territoire de santé Saint-Malo/Dinan, le CH de Saint-Jean de Dieu, situé dans le département des Côtes d'Armor à Dinan. Cet établissement exerce en outre une activité sur le territoire de santé de Saint-Brieuc.

7.2. La prise en charge des urgences psychiatriques et la psychiatrie ambulatoire (présentation par le responsable des urgences)

SAU : l'activité est de 36.000 passages par an – il existe une UHTCD de 11 lits. 42 % de l'activité de l'UHTCD sont consacrés aux problèmes de psychiatrie, d'addictologie, de suicide...

L'UAMP (9 lits) : dans le cadre de la refonte des pôles, l'UAMP est rattachée au pôle des activités non programmées avec les urgences. Un projet d'extension de l'UHTCD, avec des lits « psychiatrie » (4 lits), et un travail conjoint psychiatre/somaticien sont en cours.

La problématique est la surcharge aux urgences. Il est fait le constat d'une insuffisance de lits, d'un déficit de formation du personnel pour assurer une bonne orientation.

On note un problème de filière : le manque de lits disponibles à l'UAMP conduit à une attente à l'UHTCD. Elle semble sous dimensionnée ou en manque d'effectifs (0,5 ETP seulement) et ne peut pas jouer son rôle.

Si, le troisième jour, il y a toujours attente, la sortie du patient est envisagée après contact avec l'IDE de liaison psychiatrique.

Cette carence, en particulier pour les tentatives de suicide, est source de récurrences car la prise en charge est insuffisante.

On relève un problème de transfert à partir des urgences en raison du manque de lits disponibles dans les services d'entrée.

Question : Les 3000 patients pris en charge en psychiatrie aux urgences relèvent-ils des urgences ?

- méconnaissance des circuits par les médecins généralistes,
- problèmes d'appréciation des symptômes psychiatriques aux urgences : excès d'hospitalisation par sécurité.

Aux urgences se présentent beaucoup de détresses psycho sociales plutôt que de véritables pathologies psychiatriques. La DMS serait à étudier ainsi que la typologie des patients. Un travail serait à opérer sur la fluidité du parcours des patients.

- « méandres » dans l'accès aux soins.

Pourquoi est-ce aussi compliqué, même quand le patient est connu, et pourquoi devoir reprendre tout le circuit ? D'où

- La nécessité d'une continuité des soins pour qu'il n'y ait pas de ruptures dans la prise en charge (crainte permanente des familles)
- Le souhait d'une prise en charge plus rapide aux urgences, dans les services.

Cela renvoie à la nécessité de formation pour un bon repérage, pour apporter les explications en vue d'une relation de confiance.

Les professionnels sont en difficulté : il est nécessaire d'améliorer le travail sur l'adhésion des personnes aux soins psychiatriques

Il existe un sentiment de carence ressenti par les services sociaux et de carence du secteur psychiatrique : on se renvoie la « patate chaude ». Une nécessaire articulation, avec des passerelles, est à mettre en place. La prise en charge psychiatrique dépasse les soins, d'où la nécessité de relais extérieurs ;

Le problème se pose également du suivi après l'hospitalisation :

Les patients présentant des troubles psychiatriques demandent une disponibilité importante des professionnels et des médecins traitants. L'information des médecins traitants est indispensable. Il y a une incompréhension des généralistes (et des soignants du CMP) lorsque le patient ressort rapidement de l'hospitalisation (voire n'est pas admis par manque de place). La sectorisation pose problème lorsque des familles refusent le recours à un praticien ou des professionnels de l'équipe du secteur. Est-ce que la prise en charge par un autre secteur est possible ? Les CMP ne sont pas ouverts en continu. Parfois, il est difficile d'obtenir un interlocuteur, d'avoir le bon interlocuteur - parfois pas de réponse : pour exemple, en cas d'appel au CMP, on trouve une messagerie sans message de renvoi vers un autre service. Le temps de secrétariat est limité : 3 ETP en tout, y compris pour le CMP.

Le CH de Saint Jean de Dieu

Établissement spécialisé en santé mentale, il a effectué un travail sur la filière de soins. Les urgences passent prioritairement par le CMP : il existe une présence infirmière 24/24. Une présence psychiatrique est assurée au CH de Dinan. Un IDE du CH SJD intervient en CHR. Au CMP de Dinan : l'organisation se traduit par la présence d'un infirmier d'accueil dans les horaires de permanence, qui évalue et oriente vers les psychologues et psychiatres. Il existe un renvoi téléphonique vers les urgences du CH René Pleven de Dinan où se trouve un infirmier psychiatrique après les heures d'ouverture.

En résumé :

- Les CMP existent, mais semblent ne pas être sollicités par les partenaires :

- Un travail est à faire sur le lien direct (et l'entrée directe) entre médecins généralistes et psychiatrie.

- Il existe le problème de la démographie médicale psychiatrique en France (800 postes vacants).

- D'où la nécessité du renforcement du travail des psychiatres en interne – et de la cohérence entre les psychiatres du CH.

- Pour les difficultés d'accès aux CMP, un service minimum est indispensable au CMP : un répondeur, message, transfert d'appel, une personne qui répond et adresse au bon interlocuteur.

7.3. La psychiatrie, les usagers et représentants de malades

Un lien est nécessaire entre les médecins généralistes et l'hôpital ; les médecins adressent aux urgences. La famille passe d'abord par les médecins généralistes qui l'adressent au CH. Une situation de stress s'installe à tous les niveaux : attente à chaque niveau de prise en charge.

Une réflexion est indispensable pour éviter le passage aux urgences : différencier le 1^{er} passage/important, qui conditionne la suite de la prise en charge et les passages ultérieurs – des patients déjà connus. Le passage aux urgences est parfois un « pis-aller ». L'accueil aux urgences est déterminant.

Il est important d'organiser l'aide aux aidants : numéro d'appel identifiable, messagerie, transfert d'appel.

L'UNAFAM précise qu'il met à disposition des aidants un numéro de téléphone. L'exemple anglais : les patients ont une carte avec numéro de téléphone, un nom de service et de médecin.

Il faut prendre en compte les besoins « cachés » comme ceux des familles, les planifier, prendre en compte la problématique de l'institution familiale : patient vieillissant et parents vieillissants, prise en charge après le décès des parents.

Il faut reconnaître la problématique de l'accueil des personnes handicapées mentales dans les logements sociaux

7.4. Les élus

Inquiétudes des maires des petites communes confrontés aux problèmes psychiatriques pour lesquels le dernier rempart est l'hospitalisation sous contrainte. Les maires ne sont pas spécialistes, d'où la nécessité d'une communication sur les procédures de prise en charge, sur la lisibilité du dispositif.

Remarque : pourquoi passer par les urgences, n'a-t-on rien fait avant ?

Le CH adresse régulièrement une note aux maires et aux médecins généralistes sur les procédures.

On note la problème de la permanence des soins, de l'ouverture des CMP.

Élus : jusqu'où peut-on aller ? À quel moment intervenir ?

En résumé : il faut

améliorer l'efficacité de la réponse psychiatrique avant les urgences,

améliorer l'accueil des patients malades mentaux aux urgences,

mieux prendre en compte le rôle des familles.

7.5 Les partenaires sociaux et associatifs

La psychiatrie ne peut tout résoudre et cela doit être reconnu. Il est fait le constat d'insuffisance de rencontres entre services sociaux et le CH, sauf pour traiter de situations au « cas par cas », d'où la nécessité de

- créer un partenariat global : « on ne réussit que si l'on implique tout le monde ».

- créer un partenariat sur les situations particulières : « dans toutes les instances, on parle des mêmes personnes de façon récurrente ». Il est difficile de parler de situations concrètes du fait du secret médical, de la confidentialité.

Les professionnels du social souhaitent un appui technique de la part des professionnels de la psychiatrie.

Les associations sont désarmées devant la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques. D'où l'attente de l'équipe mobile psychiatrie précarité et la nécessité de combler le fossé entre psychiatrie hospitalière (qui a tendance à sur réagir) et les accompagnants sociaux confrontés aux problématiques psychiatriques.

Ceux-ci relèvent de réalités très hétérogènes, et le renvoi est fait vers le médical.

La présentation du Dr Py a permis d' « apprendre des choses », une meilleure connaissance du circuit.

Les différents acteurs sont confrontés à un problème de terminologie.

On note

- les difficultés du travail psycho- social, les difficultés pour travailler ensemble, d'obtenir un professionnel du CH.
- une mauvaise connaissance du réseau.
- une absence d'information sur les sorties des patients pour mettre en place une action collective.

Des instances de concertation existent : le « comité de santé mentale », piloté par le CCAS.

Les acteurs sont confrontés au problème du secret médical et de la confidentialité. Les listes des personnes prises en charge ne peuvent être partagées. Il est nécessaire de s'assurer de l'accord du patient.

À Dinan, un groupe de pilotage CMP/CHRS se réunit une fois par trimestre sur la base du secret partagé et de la confidentialité.

7.6. La psychiatrie et les institutions sociales et médico-sociales

Présentation du SAVS à orientation psychiatrique (ouvert en avril 2008)

Il est né de la réflexion d'un groupe de travail à partir d'un diagnostic partagé (ville de Saint-Malo, CH, CG, UNAFAM, ...) et est financé par le Conseil Général. Il dispose de 30 places pour des adultes présentant un handicap psychique. Une montée en charge progressive à 60 places est envisagée. Il n'est pas positionné sur la dimension du soin. L'admission nécessite la reconnaissance du handicap et une orientation par la MDPH. Des difficultés existent pour engager la procédure MDPH. D'où le souci d'anticiper et ne pas utiliser la MDPH comme chambre d'enregistrement. *L'articulation avec la psychiatrie est à construire.*

Les GEM (groupe d'entraide mutuelle)

180 personnes sont inscrites (au-delà des effectifs +++). Trop de demandes posent problème. Quelle coordination des acteurs existe sur le territoire ? Pour quel territoire ? Quelle légitimité est construite pour coordonner sur un territoire différent selon les thèmes (secteur psychiatrique, sanitaire, ATS, CLIC ...) ?

Le CAO

Il possède un rôle d'écoute et de veille sociale. Il est confronté au problème d'errance des patients qui fuient le circuit des principaux accueils d'urgence. Cela pose un problème de cohérence des prises en charge et du processus d'évolution du patient vers la réinsertion : un travail en amont s'effectue avec le patient puis, lorsqu'il est prêt, il passe en psychiatrie, mais il n'y a pas de prise en charge. On observe une rupture de continuité dans le circuit de prise en charge. En CHRS, les personnes sont plus autonomes, mais les professionnels peuvent être confrontés à des situations de crise.

On remarque le problème du suivi à domicile : en dehors des services hospitaliers, il manque de moyens d'accompagnement « hors des murs ». Il est constaté le peu de soutien par la psychiatrie. L'autonomie est difficile quand il y existe un versant psychiatrique qui est à prendre en compte.

Le SAVS est une réponse qui faisait défaut.

Le problème existe également de la reconnaissance de la demande : cas des patients ou des familles qui ne reconnaissent pas le cas psychiatrique avant la prise

en charge. Et problème aussi de la sortie d'hospitalisation et de l'ambulatoire après l'hôpital : comment préparer le suivi de la sortie pour éviter la rechute ?

La Mission locale

Les jeunes sont de plus en plus déstructurés et il existe de grosses difficultés de contact avec le service de psychiatrie (jusqu'à la fin de non recevoir). De même, il existe une résistance des jeunes à faire le premier pas.

Il existe une tendance à la psychiatrisation des situations : « le terme jeune est devenu un diagnostic médical ».

1 psychologue effectue des vacations. Il a eu des refus d'échange de la part de la psychiatrie.

Une expérience de réseau existe entre les partenaires sociaux et l'hôpital à Saint-Malo : mais il n'y a pas de financement pour le pérenniser, car il est nécessaire de disposer d'un porteur légitime. Cela pose le problème de la pérennité d'un dispositif multi partenarial.

Le CMPP :

Il procède à un accueil direct, rapide, des adolescents, sur 6 séances.

7.7. La psychiatrie et les personnes âgées et handicapées

L'offre médico-sociale au CH de Saint-Malo

Actuellement, le CH dispose de 340 lits d'EHPAD/USLD pour personnes âgées dépendantes. Une unité, Aloïs, pour patients souffrants d'Alzheimer » est située au sein de l'EHPAD. Ce n'est pas une unité psychiatrique, elle ne dispose pas de suivi psychiatrique ni d'un référent psychiatre. Un site existe également aux Corbières, pour les personnes âgées psychotiques qui ne décompensent pas. On note un foyer de vie pour personnes handicapées. Il n'existe aucun lit de géro-psi-chiatrie à Saint-Malo.

Géront'Émeraude

C'est un réseau gérontologique présent sur le territoire, comprenant 120 personnes en file active, dont les missions sont : formation – information, coordination des soins et protocolisation des procédures.

Le CLIC a reçu 700 dossiers pour la MDPH : on relève des problèmes de retard et d'attente.

60 personnes sont repérées par le CH pour un suivi SAVS. Le problème de la cohérence de la psychiatrie se pose pour les partenaires extérieurs : le SAVS a des partenariats avec des PH psychiatres individuellement mais pas avec une équipe cohérente de psychiatres. « Solistes plutôt que chorale ».

L'hôpital de Dinard : il est confronté aux problèmes d'addiction et aux pathologies des personnes âgées. Il ne dispose pas d'infirmier de psychiatrie. Comment gérer les problèmes psychiatriques (agressions du personnel, d'autres patients, tentatives de suicide...) ? Il est parfois impossible de garder les patients. Souvent il y a transfert aux urgences car il n'y a pas de réponse du secteur. La seule solution passe par les urgences. Pour les personnes âgées, les pathologies sont à la frontière entre la neurologie et la psychiatrie : surtout des démences et des patients psychotiques.

La clinique de Combourg : elle gère un établissement de santé et un EHPAD. Un EHPAD à Pleine Fougères, avec une unité Alzheimer, sera ouvert courant 2009. Elle propose des consultations d'évaluation précoce en lien avec le CLIC en développement.

Un ESAT, à Châteauneuf d'Ille et Vilaine, accueille des personnes présentant un handicap psychique.

Un foyer est en projet à Cherrueix dont le promoteur est l'ADAPEI.

Les personnes psychotiques accueillies dans les structures médico-sociales nécessitent une autre organisation, un autre type de personnel. La prise en charge des déficients mentaux et des psychotiques n'est pas la même. Les structures se posent la question de leur capacité de prise en charge.

La moitié des lits de psychiatrie du CH de Saint-Malo est « embolisée » par des patients chroniques qui relèveraient d'une autre prise en charge : FAM, habitat

supervisé par des SAVS, MAS, Foyer, USLD. Les établissements médico-sociaux sont saturés : 3, sur le secteur, sont davantage destinés à des personnes présentant des déficiences intellectuelles, et reçoivent des patients de Rennes.

Dr Mahéo : le dispositif médico-social actuel est saturé et ne permet pas de transférer les malades mentaux chroniques.

Le CH SJD de Dinan est également confronté à la saturation des lits : 40 sont occupés par des patients chroniques relevant du secteur médico-social. C'est la même problématique qu'à Saint-Malo. Il possède une unité géro-psycho-psychiatrique (psycho-gériatrique), un hôpital de jour géro-psycho-psychiatrique (dont la DMS est de 3 à 4 semaines), et a un projet d'équipe mobile de géro-psycho-psychiatrie.

Le CH SJD a également pour projet la création de structures médico-sociales qui peuvent s'inscrire dans le cadre d'une logique sectorielle. Cet établissement est disposé à étudier toute forme de coopération avec Saint-Malo.

La création de structures médico-sociales ne doit pas amener à une réduction des lits à due proportion, car il y aura toujours des patients pour lesquels l'hospitalisation au long cours est pertinente, des patients sortis qui peuvent décompenser et de nouveaux patients chroniques. Il faut envisager de réaffecter les moyens dégagés vers les suivis psychiatriques dans les structures sociales, médico-sociales, hospitalières

En résumé :

- Où met-on les malades psychiatriques vieillissants ? Demande de la psychiatrie.

- Quels soutiens des unités de gériatrie sont envisagés par la psychiatrie ? C'est la demande des EHPAD, qui ont le sentiment d'aucun soutien ou que cela dépend du psychiatre. Les EHPAD ne sont pas en capacité de prendre en charge un patient psychiatrique car le personnel n'est pas formé, s'il existe un risque suicidaire par exemple. Une équipe mobile psycho-gériatrique est nécessaire.

- Le problème se pose de la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques à domicile. On note peu de réponses du secteur.

- Une équipe de géro-psycho-geriatrie de liaison est indispensable. Le démarrage de la psychiatrie de liaison entraîne plus de travail au départ car les attentes sont nombreuses, puis cela diminue ensuite en raison d'une meilleure pertinence des demandes.

- Dinan : est-il possible de libérer des lits de géro-psycho-geriatrie ? Un travail s'effectue dans le cadre du projet médical de territoire : il existe un groupe de travail sur la psychiatrie.