

Les leçons de l'après-crise : reprendre les soins, repenser la gouvernance hospitalière



À cheval entre le centre hospitalier d'Abbeville et le centre hospitalier de la Baie de Somme (CHIBS), le service d'addictologie du Dr Maroussia Wilquin a dû réorganiser entièrement son activité pendant les huit semaines du confinement : arrêt des consultations ambulatoires sur les deux sites, réquisition des lits d'addictologie du site de Saint-Valéry-sur-Somme pour accueillir les patients atteints par le covid-19 ne nécessitant pas de soins intensifs, détachement d'une partie de l'équipe auprès des unités en manque de personnels... Après avoir géré la pénurie, le Dr Wilquin veut retrouver enfin ses lits, ses équipes... et ses patients.

Les troubles de l'addiction ne font pas forcément bon ménage avec le confinement : comment vos patients ont-ils vécu cette période ?

Je n'ai pas de recul sur l'ensemble des patients que nous recevons habituellement, mais je remarque une nette différence en fonction des usages. Il y a eu de grosses difficultés d'approvisionnement en héroïne, en cocaïne et même en cannabis : nous intervenons sur un territoire plutôt rural, et le confinement a réduit l'accès aux produits, sauf évidemment pour l'alcool, qui est disponible partout. Parmi les consommateurs de cannabis, j'ai été étonnée de constater que certains en profitaient pour arrêter complètement sans décrire de symptômes de sevrage. On verra évidemment si ces arrêts se prolongeront lorsque l'accès sera de nouveau plus facile. J'observe de la même façon qu'il y a eu moins de consommation d'héroïne : nous avons continué à suivre l'ensemble de nos patients en téléconsultation par téléphone et il m'est souvent arrivé d'augmenter les prescriptions de substitution. J'ai même initié quelques traitements en consultation d'urgence à l'hôpital. La diminution est telle qu'on a multiplié les messages de prévention sur les overdoses à l'attention des patients qui risquaient de re-consommer à l'issue du confinement : le ministère de la Santé nous recommandait de faciliter l'accès à la naloxone (un principe actif antagoniste des récepteurs de la morphine utilisé dans le cas d'intoxication aiguë), mais nos patients – parmi lesquels on compte peu d'injecteurs – n'accrochent pas à la naloxone. Ils ont malheureusement tendance à considérer que fumer ou inhaler l'héroïne réduit le risque d'overdose.

En revanche, pour l'alcool, la situation est toute différente. On constate une nette augmentation des consommations parmi nos patients. Beaucoup nous disent : « Je vais diminuer quand je reprendrai le boulot », mais en attendant, la consommation s'accompagne d'une augmentation des troubles de l'humeur et des troubles anxieux induits par l'alcool...

Parmi les patients que vous recevez, il y a des personnes sortant de prison. Les libérations anticipées décidées par le ministère de la Justice ont-elles modifié votre file active ?

Oui, clairement ! En temps normal, nous accueillons de temps en temps d'anciens patients sortant de prison, mais là j'en ai eu peut-être une dizaine en très peu de temps. Certains m'ont appelé directement parce qu'ils avaient une

ordonnance pour deux jours de traitement. Ça n'est pas exceptionnel : nous sommes rarement prévenus à l'avance par les équipes en prison, mais là nous avons dû gérer en urgence plus de situations que d'habitude.

Hormis les quelques consultations en urgence, votre activité s'est principalement réduite aux téléconsultations, comment les patients ont-ils vécu cette nouvelle modalité de soins ?

En fait de téléconsultations, il s'agissait de consultations par téléphone, car nos ordinateurs ne sont pas encore dotés de webcams. C'est bien dommage, car c'est un outil que nous aimerions explorer, mais le téléphone nous a quand même permis d'organiser un véritable suivi des patients, voire même d'augmenter la fréquence des consultations. Il est difficile de généraliser, mais nous avons remarqué au début du confinement que les patients étaient touchés qu'on les appelle : « Ça fait du bien de parler, merci ! ». On a parfois l'impression d'être considérés comme des distributeurs automatiques d'ordonnance par certains usagers de drogues, là le contact était différent. Au fil des semaines, certains ont moins bien vécu ces appels, qu'ils ont sans doute trouvé un peu intrusifs – malgré le fait que tout était programmé comme pour des consultations classiques – peut-être parce que le téléphone fait irruption dans un temps de vie privée... En ce qui concerne le contenu des échanges, là aussi, les cas de figure sont vraiment différents. Pour beaucoup, les conversations ont porté sur des banalités de la vie quotidienne qu'ils avaient besoin de partager parce qu'ils voyaient très peu de monde... Mais pour certains, l'espèce d'anonymat créé par le téléphone a libéré la parole. C'est plus rare, mais ça a permis pour quelques-uns d'approfondir l'alliance thérapeutique. On verra combien de temps le ministère acceptera de continuer à facturer les téléconsultations, mais c'est un outil prometteur pour nous : certains patients stabilisés n'ont pas besoin de venir systématiquement, d'autres vivent sans moyen de locomotion dans des villages qui ne sont desservis que les jours de marché. À cause des horaires de bus, ils passent la journée à Abbeville pour une consultation de trente minutes !

Depuis le 12 mai, le ministère de la Santé recommande le déconfinement des prises en charge en psychiatrie et en addictologie, comment cela se passe-t-il pour votre service ?

En addictologie on ne prend pas du tout ce chemin : je réclame tous les jours mes lits à Saint-Valéry et mes équipes, mais je n'ai encore aucune date de réouverture du service ! Cela me désespère, d'autant qu'une semaine avant le confinement, nous avons obtenu de l'agence régionale de Santé (ARS) le passage en niveau II (le dispositif hospitalier en addictologie est organisé de façon graduée, en trois niveaux. Le niveau II propose des prises en charge spécialisées et propose des soins de suite et de réadaptation), avec une augmentation des lits de sevrage et l'ouverture de lits de suite. Je comprends bien que notre service ait été réquisitionné pour les patients covid, et je sais bien qu'il faut attendre de voir si une deuxième vague épidémique ne pointe pas à l'horizon, mais pour l'instant, l'unité covid est vide... et il y a des patients qui ont besoin d'être hospitalisés en addictologie ! Donc nous « squattons » cinq lits en psychiatrie à Abbeville mais c'est un pis-aller : le service d'addictologie a besoin d'être individualisé, certains patients ne vivent pas bien d'être hospitalisés pour des sevrages au milieu de patients psychotiques ou autistes. L'addicto est bien une spécialité de psychiatrie et nos patients ont tous des comorbidités psychiatriques, mais ce n'est pas un environnement optimal, on ne peut pas vraiment créer d'émulation de groupe... Et cette incertitude est compliquée pour les patients qui demandent à être hospitalisés : « Vous serez peut-être hospitalisé à Abbeville en psychiatrie... ou peut-être à Saint-Valéry en addicto, je n'en sais rien ! »

Et pour vos équipes, pourquoi est-il si difficile de les « récupérer » ?

Parce que les services dans lesquels ils sont ne veulent pas qu'ils partent ! Je vous donne un exemple : notre psychologue est allée en renfort dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les gériatres ne veulent pas la laisser partir : « On a vraiment besoin d'elle, elle est bien, nos petits vieux en ont besoin ! ». Je les comprends : ils ont – je crois – un mi-temps de psychologue pour 240 résidents. Mais on ne va pas déshabiller Paul pour habiller Jacques : la direction de l'hôpital aurait dû prendre acte de la situation, recruter une psychologue supplémentaire pour les EHPAD et me rendre ma psychologue ! Malheureusement, notre direction est obnubilée par des considérations budgétaires qui n'ont rien à voir avec les soins, et ils n'en ont que pour la

rénovation de l'hôpital, qui d'ailleurs ne concernera pas la psychiatrie...

Pendant la crise, les directions se sont mises au diapason du corps médical qui a dit : « Laissez-nous gérer, on sait faire, c'est notre boulot ! ». Ils ont embauché du personnel intérimaire, fait venir des médecins étrangers, etc. Mais depuis le 11 mai, ils reprennent leurs prérogatives et ils décident de tout en s'affranchissant de l'avis des médecins. Chez nous, cela donne des situations cocasses : le centre médico-psychologique d'Abbeville a été rapatrié en intra-hospitalier parce que les locaux étaient trop vétustes, le pôle de psychiatrie va même accueillir des lits de cancérologie, sans unité de soins propre... On a le sentiment que la psychiatrie sert de variable d'ajustement pour faire des économies.

J'espère que le Ségur de la santé sera l'occasion de reposer la question de la gouvernance partagée des hôpitaux publics – en plus de celle de la revalorisation des carrières des paramédicaux. Il faut tirer toutes les leçons de la crise, celle de la gouvernance en est une !

Propos recueillis par Camille Lancelevée

Mise en page : Jean Chelala

