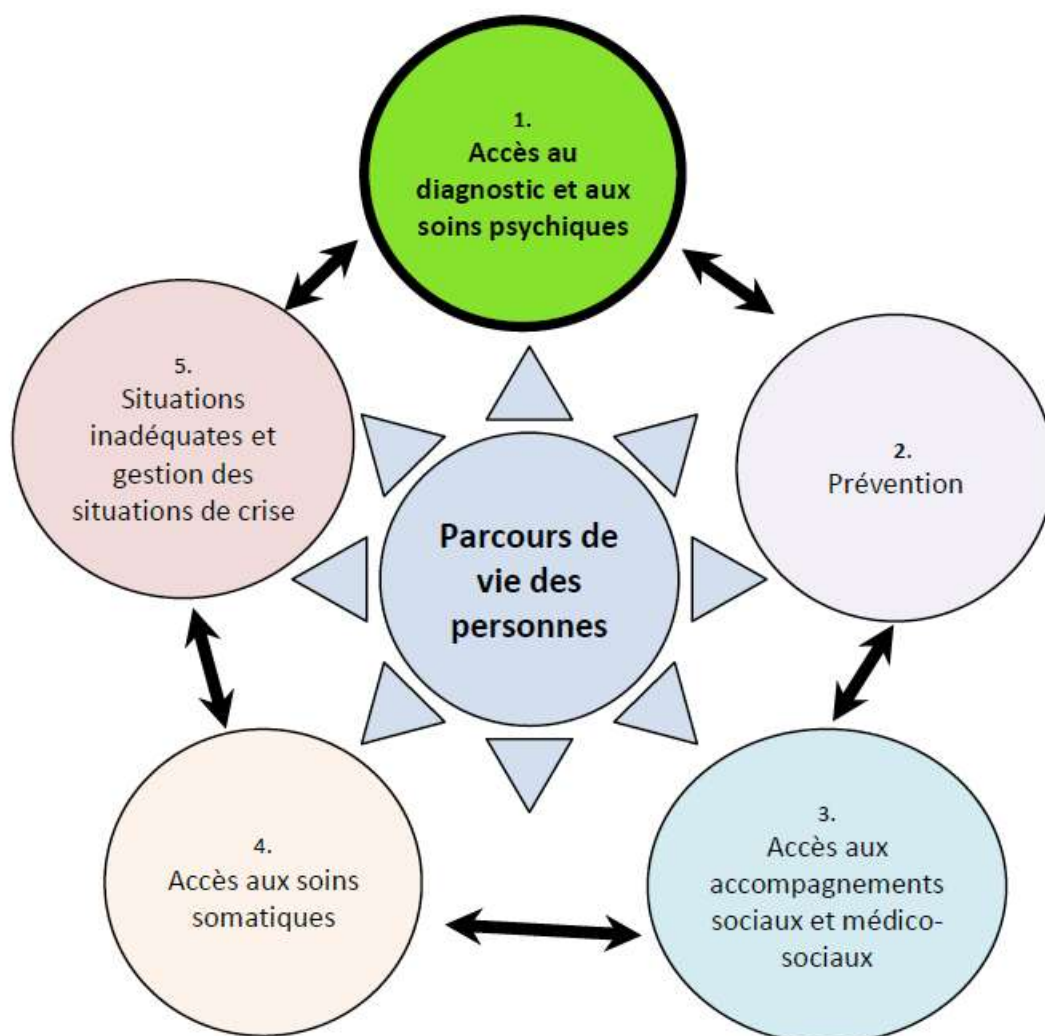


# PTSM DU VAL D'OISE

## Groupe

### « Gestion de crise et situations inadéquates »

Phase de diagnostic territorial partagé des dispositifs existants et des besoins



## DIAGNOSTIC - PTSM95

### Groupe « Gestion des situations de crise et des situations inadéquates »

Pilotes : Dominique CARAGE - Patricia ESCOBEDO

Participants : liste jointe

#### 1. Rappel du cadre de la démarche « **PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE** »

Le PTSM a été évoqué à l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé.

Un décret a été publié le 27 juillet 2017 puis une instruction le 5 juin 2018.

Le PTSM sera à élaborer par l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, les représentants des usagers, les politiques de la ville, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale, car la politique de santé mentale est conçue comme une action globale et comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale où tous les acteurs sont associés (y compris ceux du logement, de l'hébergement et de l'insertion).

Un diagnostic territorial partagé doit être réalisé en amont, afin d'identifier les ressources possibles et les actions à préconiser. Les agences régionales de santé (ARS) sont en charge de l'animation de la démarche d'élaboration des PTSM, et doivent notamment veiller à ce que tous les acteurs concernés y soient associés.

Le PTSM tient compte des spécificités du territoire, de l'offre de soins et de services. Il précise les modalités d'accès aux soins et accompagnement, aux techniques de soins et d'accompagnement les plus actuelles quelques soit les troubles psychiques concernés.

Le PTSM fera l'objet d'un contrat territorial de santé mentale (CTSM), conclu entre l'ARS et les acteurs de terrain. Il définit les missions, les engagements, les moyens, modalités de suivi et d'évaluation des acteurs pour mettre en œuvre le PTSM.

Le décret sur le projet territorial de santé mentale fixe **3 missions principales** :

- Favoriser « la **prise en charge sanitaire** et l'**accompagnement social ou médico-social** de la personne dans son milieu de vie ordinaire »
- Permettre « la **structuration et la coordination de l'offre** de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social »
- Déterminer et décliner « la **coordination de second niveau** », soit l'accès des personnes atteintes de troubles psychiques à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées.

Le décret fixe également **6 priorités** :

- L'organisation des conditions du **repérage précoce** des troubles psychiques, et l'**accès aux soins** et aux accompagnements sociaux ou médico sociaux ;
- L'organisation d'un **parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture**, en vue du rétablissement et de l'inclusion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques graves ;

- L'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des **soins somatiques** adaptés à leurs besoins ;
- L'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des **situations de crise et d'urgence**, en prévoyant notamment le suivi en fin d'hospitalisation, « au besoin par un accompagnement social ou médico-social » ;
- L'organisation des conditions du **respect** et de la **promotion des droits des personnes** présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles ;
- L'organisation des conditions d'action sur les **déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux** de la santé mentale

## 2. LES DÉFINITIONS

### 2.1. La santé mentale

L'OMS définit la santé mentale comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». La délimitation du champ de la santé mentale va donc au-delà de la maladie mentale.

Les pays européens (Commission Européenne de l'Union européenne et la Conférence ministérielle européenne de l'OMS) distinguent deux aspects de la santé mentale :

- La santé mentale « positive » : autonomie, bien-être, épanouissement personnel.
- La santé mentale « négative » qui regroupe deux formes :
  - D'une part la détresse psychologique réactionnelle (induite par les situations éprouvantes et difficultés existentielles. Elle correspond à la souffrance psychisme réactionnelle.
  - D'autre part les troubles mentaux, affections psychiatriques de durées variables et plus ou moins sévères et/ou handicapantes. Elle correspond à la souffrance psychique pathologique.

### 2.2. La psychiatrie

La psychiatrie est une discipline médicale qui prend en charge les affections psychiatriques caractérisées et les aspects pathologiques de la souffrance psychique. Elle comporte des spécificités lorsqu'elle s'adresse à certains âges de la vie.

### 2.3. Le parcours

La notion de parcours **n'est pas UNIQUE**

- **Le parcours de vie** concerne non seulement la santé, le soin mais aussi les ressources, le logement, l'accompagnement, l'accès et le maintien dans le travail, les études, les activités culturelles, sportives, les activités bénévoles, les relations familiales, la vie sociale, la protection juridique, la vie citoyenne, l'éducation...
- **Le parcours de santé** est l'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par une personne dans un système sanitaire et social organisé, dans un espace et un temps donnés. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé, articulant la prévention, les soins, le médico-social, et le social.

- **Le parcours de soins** est centré sur le système hospitalier et les dispositifs ambulatoires : c'est la situation où « la personne reçoit le bon soin par le bon professionnel au bon moment et au meilleur coût » !

**La démarche parcours doit pouvoir intégrer tous les éléments de la vie de l'utilisateur concerné et ne pas se circonscrire qu'au système sanitaire. Il en va du bien être global de ce dernier.**

Les parcours ont

- **une dimension temporelle**, d'organiser une prise en charge coordonnée dans le temps
- **une dimension spatiale** dans un territoire au plus près du lieu de vie de la personne.

### 3. SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

**SPDRE** : Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat

### 4. Les participants

#### GESTION DES CRISES ET DES SITUATIONS INADEQUATES

Etablissement Institution	NOM	PRENOM	FONCTION	ADRESSE MAIL
<b>LES REPRESENTANTS DES PERSONNES ET DES FAMILLES</b>				
UNAFAM 95	GOURDIN	Maryvonne	Déleguée départementale	<a href="mailto:maryv.gourdin@laposte.net">maryv.gourdin@laposte.net</a>
UNAFAM 95	DENISET	Annick	Bénévole	<a href="mailto:annick.deniset@orange.fr">annick.deniset@orange.fr</a>
CPO	PLANET	Christophe	Usager	<a href="mailto:cplanet@zeklubb.fr">cplanet@zeklubb.fr</a>
UNAFAM 95	PEYRAUD	Catherine	Bénévole	<a href="mailto:catherine.peyraud@orange.fr">catherine.peyraud@orange.fr</a>

#### LES ACTEURS SANITAIRES

CH Gonesse CMP	VAZEILLE	Gérard	Psychiatre	<a href="mailto:gerard.vazeille@ch-gonesse.fr">gerard.vazeille@ch-gonesse.fr</a>
CH Gonesse	CARRIERE	Maud	Psychiatre responsable de l'espace adolescents	<a href="mailto:maud.carriere@ch-gonesse.fr">maud.carriere@ch-gonesse.fr</a>
CH Argenteuil	LAMISSE	Christophe	Chef de pôle psychiatrie&santé mentale	<a href="mailto:christophe.lamisse@ch-argenteuil.fr">christophe.lamisse@ch-argenteuil.fr</a>
CH Argenteuil	TEMPLIER	Estelle	Cadre socio-éducatif	<a href="mailto:estelle.templier@ch-argenteuil.fr">estelle.templier@ch-argenteuil.fr</a>
CH Argenteuil	HUPPERT	Thomas	psychiatre sup'ado	<a href="mailto:thomas.huppert@ch-argenteuil.fr">thomas.huppert@ch-argenteuil.fr</a>
CH Argenteuil	PAILLARD	Chantal	Assistante Sociale	<a href="mailto:chantal.paillard@ch-argenteuil.fr">chantal.paillard@ch-argenteuil.fr</a>
CH Argenteuil	DA SILVA SOUSA	Véronique	Assistante Sociale	<a href="mailto:veronique.dasilva-sousa@ch-argenteuil.fr">veronique.dasilva-sousa@ch-argenteuil.fr</a>

## G1, G2, G3 - CRISES ET SITUATIONS INADEQUATES

CH Argenteuil	NEHARI	Rachid	Psychiatre	<a href="mailto:rachid.nehari@ch-argenteuil.fr">rachid.nehari@ch-argenteuil.fr</a>
CH Argenteuil	RINGUET-FARINE	Elise	Educatrice spécialisée	<a href="mailto:elise.ringuet-farine@ch-argenteuil.fr">elise.ringuet-farine@ch-argenteuil.fr</a>
GHEM	MOUSNIER LOMPRE	Anne	Psychiatre	<a href="mailto:anne.mousnier@ch-simoneveil.fr">anne.mousnier@ch-simoneveil.fr</a>
GHEM	KRAWZEZYK	Bania	cadre de santé	<a href="mailto:bania.krawczyk@ch-simoneveil.fr">bania.krawczyk@ch-simoneveil.fr</a>
GHEM	BERDEAUX	Emmanuelle	CS de pôle	<a href="mailto:emmanuelle.berdeaux@ch-simoneveil.fr">emmanuelle.berdeaux@ch-simoneveil.fr</a>
GHEM	RAHAL	Mohammed	Chef de pôle	<a href="mailto:mohamed.rahall@ch-simoneveil.fr">mohamed.rahall@ch-simoneveil.fr</a>
GHEM	KASHANI	Banafsheh	Cadre supérieur de santé	<a href="mailto:banafsheh.kashani@ch-simoneveil.fr">banafsheh.kashani@ch-simoneveil.fr</a>
GHEM	CARON	Séverine	CSS de pôle	<a href="mailto:severine.caron@ch-simoneveil.fr">severine.caron@ch-simoneveil.fr</a>
				-
GHEM	BEAUCAMP	Laurence	Cadre de santé	<a href="mailto:laurence.beaucamp@ch-simoneveil.fr">laurence.beaucamp@ch-simoneveil.fr</a>
SAMU 95	RICARD-HIBON	Agnès	Urgentiste	<a href="mailto:agnesricardhibon@gmail.com">agnesricardhibon@gmail.com</a>
GHCPO	GHARBI	Gabriel	Psychiatre	<a href="mailto:gabriel.gharbi@ght-novo.fr">gabriel.gharbi@ght-novo.fr</a>
Clinique Osny-CPO	PETITDIDIER	Jérôme	Psychiatre	<a href="mailto:petitdidier.cpo95@orange.fr">petitdidier.cpo95@orange.fr</a>
SOS médecins Conseil de l'Ordre du 95	ESCOBEDO	Patricia	Médecin généraliste	<a href="mailto:patricia.escobedo@wanadoo.fr">patricia.escobedo@wanadoo.fr</a> <a href="mailto:val-oise@95.medecin.fr">val-oise@95.medecin.fr</a>
Clinique Psychiatrique ORGEMONT	NIRO	Valérie	Médecin coordinateur Psychiatre	<a href="mailto:v.niro@orpea.net">v.niro@orpea.net</a>

### LES ACTEURS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

APAJH 95	PEREIRA	Elisabeth	Psychologue	<a href="mailto:elisabeth.pereira@apajh95.fr">elisabeth.pereira@apajh95.fr</a>
ESAT "La Hêtraie" Association HEVEA	FOUQUES	Carole	Directrice de l'ESAT Chargée de mission qualité HEVEA	<a href="mailto:carole.fouques@hevea-asso.fr">carole.fouques@hevea-asso.fr</a>
CMPP VILLIERS LE BEL	SONG	Philippe	Directeur administratif et pédagogique du CMPP	<a href="mailto:song.cmpp@sfr.fr">song.cmpp@sfr.fr</a>
CCAS BEAUCHAMP	BLACHIER	Alexandra	Directrice	<a href="mailto:alexandra.blachier@ville-beauchamp.fr">alexandra.blachier@ville-beauchamp.fr</a>
CCAS BEAUCHAMP	KEBIR	Sami	Coordinateur santé- handicap	<a href="mailto:sami.kebir@ville-beauchamp.fr">sami.kebir@ville-beauchamp.fr</a>

## G1, G2, G3 - CRISES ET SITUATIONS INADEQUATES

fondation john bost	SUFT	Olivier	directeur du site de la clé pour l'autisme	<a href="mailto:olivier.suft@johnbost.fr">olivier.suft@johnbost.fr</a>
ANRS	CHANCEREL	Céline	Directrice CHRS Aerial	<a href="mailto:celine.chancerel@anrs.asso.fr">celine.chancerel@anrs.asso.fr</a>
MAIA	PONTHOS	Laure	Gestionnaire de cas	<a href="mailto:gdc4.maia95sud@agvmrs95.fr">gdc4.maia95sud@agvmrs95.fr</a>
MUTUELLE LA MAYOTTE	BERRADI	Salim	Directeur DTTEP + PCPE	<a href="mailto:s.berradi@lamayotte.fr">s.berradi@lamayotte.fr</a>
Association HAARP	WINGEL	Karine	Directrice FAM	<a href="mailto:dir.fam@haarp.fr">dir.fam@haarp.fr</a>
MUTUELLE LA MAYOTTE	GAMEIRO	Leslie	Psychologue PCPE	<a href="mailto:l.gameiro@lamayotte.fr">l.gameiro@lamayotte.fr</a>
LADAPT 95	BOUBEKEUR	Mustapha	Directeur Pôle Hébergement	<a href="mailto:boubekour.mustapha@ladpat.net">boubekour.mustapha@ladpat.net</a>
APED L'ESPOIR SAOH Horizon	DROCCI	Charlotte	Directrice adjointe	<a href="mailto:c.drocci@aped-espoir.fr">c.drocci@aped-espoir.fr</a>
HAARP	COIFFETEAU	Anne	Directrice adjointe	<a href="mailto:anne.coiffeteau@haarp.fr">anne.coiffeteau@haarp.fr</a>
CPCV	TERRIER	Isabelle	Coordinatrice CHU	<a href="mailto:i.terrier@cpcvidf.fr">i.terrier@cpcvidf.fr</a>
LADAPT 95	KANDASAMY	Amutha	CDS	<a href="mailto:kandasamy.amutha@ladapt.net">kandasamy.amutha@ladapt.net</a>

### LES SERVICES DE L'ETAT

DDCS 95	CHAMBON	Laurent	Conseiller technique en travail social	<a href="mailto:laurent.chambon@val-doise.gouv.fr">laurent.chambon@val-doise.gouv.fr</a>
Education nationale	MORIN	Alexia	Médecin	<a href="mailto:alexia.morin@ac-versailles.fr">alexia.morin@ac-versailles.fr</a>

### LES COLLECTIVITES TERRITORIALES ET ACTEURS DE DEMOCRATIE SANITAIRE

CD 95 - DGAS/ASE	JAKUBEK	Martine	Chef de service ASE	<a href="mailto:martine.jakubek@valdoise.fr">martine.jakubek@valdoise.fr</a>
CLSM Val parisis	PELTIER	Marie	coordinatrice CLSM	<a href="mailto:mpeltier@valparisis.fr">mpeltier@valparisis.fr</a>
ARS DD 95	VALENCIA	Claire	Technicien sanitaire	<a href="mailto:claire.valencia@ars.sante.fr">claire.valencia@ars.sante.fr</a>
CLSM Argenteuil Bezons	LEMAISTRE	Marie-Claude	Coordinatrice CLSM	<a href="mailto:Marie-Claude.LEMAISTRE@ville-argenteuil.fr">Marie-Claude.LEMAISTRE@ville-argenteuil.fr</a>
SDIS	DURANTON	Sandrine	Médecin-chef des sapeurs pompiers	<a href="mailto:sandrine.duranton@sdis95.fr">sandrine.duranton@sdis95.fr</a>
SDIS	SCHWETTERLE	Thierry	Médecin-chef adjoint des pompiers	<a href="mailto:thierry.schwetterle@sdis95.fr">thierry.schwetterle@sdis95.fr</a>

### LES ACTEURS DE LA LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS

CSAPA "Imagine" Hôpital Simone Veil	MESURE	Gérald	Médecin Chef de service du CSAPA Imagine	<a href="mailto:gerald.mesure@ch-simoneveil.fr">gerald.mesure@ch-simoneveil.fr</a>
-------------------------------------	--------	--------	--	--

## LES ACTEURS DE LUTTE CONTRE LA PRECARITE ET L'EXCLUSION

SIAO 95	BOCHARD	Carole	Chargé d'orientation	<a href="mailto:logementintermediaire@esperer-95.org">logementintermediaire@esperer-95.org</a>
---------	---------	--------	----------------------	--

## LES ACTEURS CONCOURANT A LA POLITIQUE TERRITORIALE DE SANTE MENTALE

UDAF 95 / CDCA Enghien	BOISMARTEL	Marie-Claude	Administratif UDAF Conseillère municipale	<a href="mailto:catillon.boismartel@gmail.com">catillon.boismartel@gmail.com</a>
------------------------------	------------	--------------	--	--

**Compte-rendu - Atelier n°1 – 25 janvier 2019 – Conseil de l'Ordre des Médecins**

Un premier tour de table a permis à chacun des participants de se présenter.

Un deuxième temps a été consacré aux échanges sur les situations rencontrées

- **ESCOBEDO Patricia, médecin, Conseil de l'Ordre, SOS-Médecins :**

Présentation du protocole permettant de gérer l'organisation des services qui répondent aux demandes de conduite aux urgences psychiatriques en vue de l'évaluation de la situation de crise. Les signataires de ce protocole sont la Préfecture, les Sapeurs-Pompiers, le SAMU, le Conseil de l'Ordre.

Des unités préventives de la crise pourraient être à envisager.

- **VALENCIA Claire, technicienne sanitaire, ARS environnement :**

Gestion de situations de personnes très en crise, Diogène, mise en danger.

Se pose la question du sentiment d'intrusion pouvant être perçu.

Quand on se rend au domicile, il faut trouver sa juste place ou la bonne personne pour établir le lien : réseau maïa, ami, voisin, famille...

- **PONTHUS Laure, gestionnaire de cas, réseau MAIA-Sud :**

MAIA : c'est une méthode qui permet la collaboration et la co-construction pour l'amélioration des parcours de santé des personnes en pertes d'autonomie.

Gestionnaire de cas complexes pour les personnes de plus de 60ans: isolement, autonomie, troubles du jugement, problèmes médicaux.

Les intervenants à domicile rencontrent de plus en plus de personnes présentant des troubles psychiatriques, ce qui pose des problèmes aux équipes. Principales difficultés: Comment faire? Comment gérer le renvoi, sans concertation préalable ni primo-évaluation, d'une spécialité à l'autre: gériatrie? psychiatrie? Comment gérer le refus de la personne, parfois celui de la famille ou celui du médecin?

La solution prise reste alors l'intervention des urgences pour déboucher sur une hospitalisation.

Une remarque sur la barrière qui peut exister entre le médecin et la tutelle ce qui met en difficulté la prise en charge.

Il y a un manque d'écoute entre les professionnels. Le mandataire ne sait pas ce qu'il faut mettre en place.

- **BERDEAUX Emmanuelle, cadre de santé, Hôpital Simone Veil enfants-ado :**

Hospitalisation : dans quel service ? problème d'autonomie ? quel projet de vie ?

La cohabitation est difficile lors d'une hospitalisation en pédiatrie d'un enfant de 12ans présentant des troubles du comportement.

Manque de lits d'aval pour les patients insuffisamment stables ne pouvant pas retourner au domicile. Orientation vers la Belgique par manque de structure d'accueil sur le département.

- **CARRIERE Maud, psychiatre, Ado Gonesse :**

A Gonesse, en situation de crise, les adolescents sont vus par les psychiatres « adulte » aux urgences et quand une hospitalisation urgente est nécessaire (il y a souffrance psychique) ils sont dirigés vers le service de pédiatrie grands-enfants afin d'être évalués et pris en charge par l'équipe de pédopsychiatrie de liaison le lendemain matin. Il n'existe pas de garde spécifique en pédo-psy.

Dans le service de pédiatrie, les situations sont difficiles à gérer, surtout après 16 ans, quand les jeunes sont agités car il n'y a pas de service d'accueil de psychiatrie adolescents dédié à la crise. Si elle est nécessaire et « urgente » (situation de danger, risque de passage à l'acte suicidaire ou hétéro-agressif), l'hospitalisation se fait le plus souvent sur le mode d'une prise en charge courte (d'une durée en général au minimum de 3 jours, au maximum de 7 jours) en pédiatrie. Mais des hospitalisations plus longues existent, principalement, dans l'attente d'un transfert dans un service spécialisé en pédopsychiatrie. Cette prise en charge a des aspects positifs (non recours à la psychiatrie « systématique » pour les situations de crise ne relevant pas forcément d'une pathologie psychiatrique sévère) mais pose également problème en pédiatrie (certains patients ayant des troubles du comportement graves, services de pédiatrie soumis à la T2A et ayant des DMS limitées dans le temps (temporalité différente entre les soins somatiques/psychiques)). Le point est mis sur le fait que la « crise » chez l'ado est différente de celle de l'adulte, elle est parfois impossible à prévoir et fait partie de la clinique spécifique du processus adolescent.

En matière de prévention, il y a la Maison des Adolescents, sur le secteur de Gonesse.

Le lien avec le médecin traitant est nécessaire.

A Gonesse : il y a des synthèses fréquentes avec l'ASE, ce qui permet aux jeunes concernés d'être contenus par un discours cohérent et commun, et, en général d'aller mieux, après ces rencontres.

- **HUPPERT Thomas, psychiatre, Ado Argenteuil**

Idem Gonesse avec prise en charge par l'ASE pour les situations particulièrement compliquées.

Ce qui se rencontre à cet âge : l'adolescent qui met en échec son placement, sans réelle décompensation, ou, au contraire, c'est une pathologie ancienne non encore repérée ou non prise en charge. L'hospitalisation n'est pas forcément la réponse malgré beaucoup de passages aux urgences.

Mise en place d'une consultation indirecte entre la psychiatrie et l'ASE : la chef de service reçoit l'ASE, sans la famille et sans le jeune, pour une évaluation du profil psychologique et/ou de la pathologie. Le but de cette consultation n'est pas de déboucher sur un suivi mais une orientation peut être proposée. Cette consultation vient en soutien aux équipes de l'ASE et existe depuis plusieurs années.



Retour ce cette expérience : parfois quiproquo, l'ASE étant en attente d'une prise en charge dans le service ; il faut réexpliquer la démarche pour éviter tout porte à faux. Mais il y a toujours un intérêt à parler de la problématique même si cela ne débouche pas sur une prise en charge dans le service.

Idem avec la PJJ. Il n'y pas de prise en charge des adolescents agresseurs sexuels mais là aussi, il y a la possibilité de parler de ce problème.

- **LAVIGNE Franck, ARS-DD95 :**

Evoque le besoin de formation des équipes de l'ASE ; existe-t-il des dispositifs sur le département ?

Quand tous les acteurs s'accordent sur la conduite à tenir, le jeune va mieux.

- **SONG Philippe, directeur administratif et pédagogique, CMPP Villiers-le-Bel :**

0 à 20ans : l'école peut orienter vers le CMPP (80%). Difficultés rencontrées : délais d'attente très longs, l'admission se fait 3ans après la demande !!

L'inscription : une 1ère consultation est proposée 7jours à 2semaines après le 1<sup>er</sup> appel ou contact. Ensuite, l'attente est entre 1 à 3ans pour une admission.

Essai de définition de critères « prioritaires », comme la déscolarisation, le suicide. La liste des enfants prioritaires s'allonge. L'articulation existe avec les écoles, collèges, lycées.

Lors de situations de crise dans le cadre de l'école, celle-ci peut appeler le CMPP, avec l'accord des parents.

Il y a nécessité d'améliorer l'articulation CMPP/médecin scolaire. Le contact avec le médecin scolaire de Goussainville est satisfaisant.

Les coordonnées du médecin traitant sont demandées à l'inscription mais la relation reste insuffisante. Pas de véritable protocole. Même problème que l'ASE avec les ados en attente de place.

La place de chacun est à définir : service social, famille d'accueil, service santé. Il existe une convention avec l'hôpital de Gonesse et avec l'équipe mobile ado.

De nombreux adolescents sont en attente d'établissement d'accueil : le jeune ne devrait plus être en CMPP. Il y a embolisation des places en CMPP, par manque de solution en aval.

- **FOUQUES Carole (social et médico-social), directrice ESAT, chargée de mission qualité HEVEA :**

Accueils multiples : jeunes de plus de 16ans,adultes en foyer autisme, adolescents, centre maternel, mineur non accompagné ; la crise est parfois vécue de manière violente quand il y a intervention de la police, des pompiers.

En foyer de vie, il n'y pas de psychiatre attaché. De ce fait, la gestion de la crise est différente. La menace de suicide est difficile à prendre en considération. Il y a un manque cruel de SAMSAH. Il y aurait besoin de plus qu'un éducateur.

La protection de l'enfance a peu de lien avec la psychiatrie. La demande est de plus travailler avec le soin.

- **GOURDIN Maryvonne, déléguée départementale UNAFAM95 :**

Les familles sont satisfaites du protocole « faites le 15 » mais celui-ci est méconnu des professionnels (CCAS, Psychiatre, assistantes sociales...).

Questions à se poser : Comment éviter la crise ? le recours à une consultation indirecte ? quelle prise en compte de la demande des familles ? diriger vers Ste Anne, CPOA ?

Le déni est un symptôme de base et doit être pris en compte comme tel dans la prise en charge et le suivi. Le manque de réponse du CMP est inacceptable.

Piste à considérer : des consultations sans patient.

Le recours aux urgences est en soi une situation inadéquate. Quel lieu d'aide à proposer ? cellule de crise ? accueil ? écoute ? pour se poser au moins 24h, sans hospitalisation systématique, sans stigmatisation.

Le plus : les équipes mobiles à domicile. « Aller vers ! ». Mais il y a trop peu de prise en charge au domicile. A Argenteuil, il existe une équipe mobile.

Si l'écoute de l'entourage est essentielle, leur prise en charge l'est tout autant : il faut aider les enfants des malades, les frères et sœurs qui peuvent présenter des troubles somatiques, ou être dans le non désir d'enfant...

- **RINGUET-FARINE Elise, éducatrice spécialisée, équipe mobile santé mentale Argenteuil**

Equipe mobile d'Argenteuil :

L'équipe mobile de santé mentale s'adresse à des personnes souffrant de troubles psychiatriques avérés ou pressentis.

Deux modes d'entrées dans le dispositif sont possibles :

1. Le signalement de la situation d'une personne. Ce dernier peut-être à l'initiative des proches de la personne ou des professionnels du champ sanitaire, médico-social ou social et plus globalement de toute personne inquiète de la situation.
2. L'auto saisine de l'équipe dans le cas des patients de moins de 26 ans hospitalisés.

Lors du signalement, une 1<sup>ère</sup> rencontre est organisée avec le signalant puis avec le signalé. Il n'y a pas d'intervention d'urgence mais si besoin, elle se travaille par ailleurs. Il a un lien avec le médecin traitant. Elle reste en veille pdt 3mois après la sortie de l'hôpital des patients de moins de 26 ans pour limiter au maximum la rupture de soins. La priorité est le public souffrant de schizophrénie. Bénéfices : remobilisation plus rapide, CMP, médecin, famille. Il y a un long travail de préparation qui parfois ne se fait qu'avec la famille. Le médecin coordinateur ne se déplace pas systématiquement au domicile.

Le nombre actuel de patients en veille est d'environ une quinzaine.

L'équipe est constituée de : 2 assistantes sociales, 1 infirmière, 1psychologue, 1 médecin coordinateur, 1éducatrice, 1 médiatrice de santé paire, 1 cadre de santé.

Le territoire : Bezons, Argenteuil, La Frette, Herblay, Cormeilles, Sannois

- **Hébergement et réinsertion /Argenteuil pour adultes jusqu'à 30 ans :**

Il y a de plus en plus de troubles. L'accueil des moins de 20 ans a triplé cette année. Recours aux urgences avec intervention du SAMU ou des pompiers. Une fois être allés aux urgences, ils ne veulent plus y retourner. Quelle prévention mettre en place ? Quelle intervention ? Le risque de retour à la rue est grand. Il arrive qu'il y ait une sortie de l'hôpital sans hébergement malgré une orientation MDPH. A Paris, il existe un espace santé jeunes à l'Hôtel-Dieu : il est parfois nécessaire d'avoir à une prise en charge par le somatique pour accéder au psychique et accéder à une prise en charge globale. L'approche est brutale.

- **MESURE Gerald, médecin-chef, CSAPA Imagine, addictologie, GHEM-Eaubonne**

En tant qu'ancien urgentiste, a pu constater que de nombreuses situations de crise arrivant aux urgences sont en fait des situations de décompensation psychiatrique subaiguës ou des situations de souffrance psychique qui n'ont pas rencontré de prise en charge à froid en amont. C'est pour ça que l'on peut dire que beaucoup de passages aux urgences sont le signe d'un échec.

- échec de la psychiatrie ambulatoire. Pas assez de libéraux en banlieue. CMP aux délais de rendez-vous trop longs.

- pour les malades chroniques : absence de réaction des secteurs face aux perdus de vue. Pas de visites à domicile
  - pour les alcooliques : difficulté à obtenir un RV. Pour les toxicomanes, c'est surtout une difficulté à s'inscrire dans les circuits de soins
  - beaucoup de crises liées au professionnel : burnout, harcèlement. Pas de dépistage ou de prévention faite par la médecine du travail
  - beaucoup de crises familiales. Il existe des lieux d'écoute, des permanences de psycho en PMI, associatives mais peu connues du public
  - peu de ressources pour les femmes en détresse
  - les patients post-traumatiques n'accèdent pas aux soins spécialisés faute de remboursement des psychothérapies
- Incapacité à hospitaliser avant l'urgence !!

- **MOUSNIER-LOMPRES Anne, psychiatre, personnes âgées GHEM-Eaubonne**

20 lits dédiés : maison de retraite accolée aux lits de psychiatrie. Unité d'hospitalisation : ½ chroniques vieilles. Etayage et éclairage du secteur et ½ troubles cognitifs (pathologies dégénératives) lien entre psychiatres et gériatres. Recherche de programmer le plus possible. Très favorable au suivi à domicile : équipe mobile. A eu des reproches comme quoi c'était trop centré. Formation sur le tas psy pers âgée. Sortir de l'hosto. Personne souvent seule. Besoin d'une personne qui peut accompagner. Liens qui se créent avec la personne et la famille. Urgences : temps nécessaire car intrication pathologie psy et somatique. Ne pas négliger somatique. Accès aux spécialités médicales. Raccourcir les délais. Equipe dédiée à la psychogériatrie. L'équipe mobile n'a plus de psychiatre, reste un infirmier et un gériatre. Blocage au point de vue social. Problème avec les organismes de tutelle. Embolisation des lits.

**Nom à préciser, psychologue dans un lieu social d'accompagnement sur Cergy :**

Le travail de partenariat est essentiel ; c'est dans les réunions que l'on peut se retrouver pour la mise en place d'une bonne prise en charge.

Des réunions sont menées avec les organismes de tutelle

- **KRAWCZYK Bania, cadre de santé en pédo-psy, GHEM-Eaubonne**

Prise en charge de 0 à 17ans : La médecine de ville telle qu'elle est pratiquée actuellement entraîne l'embouteillage des urgences ; il en résulte une tension et une pression aux urgences. Chez les médecins généralistes, faute de créneau de ville disponible, le message est "allez aux urgences".

Les médecins de ville et SOS-médecin dirigent vers les urgences. Les ambulanciers arrivent sans courrier ! Pas de retour vers le médecin traitant !

En pédopsychiatrie, pôle mère-enfant, il existe un partenariat avec psy adulte, travail CMP, CMPP, PMI. Les demandes de consultations ou suivis ont nettement augmenté depuis 5 ans ; Il y a des demandes sur toutes les tranches d'âge jusqu'à 16ans. Il y avait 3ans d'attente en CMP ramenés à 6mois (groupes de travail avec ARS et pédopsychiatrie et octroi de moyens humains.) Le recrutement de pédopsychiatre et de psychiatre est de plus en plus rare ce qui amène aussi à des situations de crise.

Adolescents et Enfants : comme il n'y a pas de service d'hospitalisation ou peu de place pour les troubles du comportement ou état d'agitation, ils sont hospitalisés (orientés) en pédiatrie ou si besoin d'isolement en psychiatrie adulte.

Hôpital de jour : Il peut y avoir des « épisodes de casse » en cas d'état de crise ou d'agitation mais la contention est rare. La relation avec l'ASE est difficile avec des appels qui n'aboutissent pas. Personne ne se déplace ce qui a pour conséquence une hospitalisation prolongée par défaut. Des réunions sont programmées mais l'ASE ne se déplace pas.

Les délais de traitement des dossiers MDPH pour statuer sur la prise en charge sont trop longs. L'enfant ou l'adolescent va être gardé par manque de structures en aval.

Age : de ce fait, il n'y a pas de limite. Les structures sont débordées. Le passage à l'âge adulte est difficile à gérer.

Le suivi en ville coûte cher pour les familles car pas de prise en charge sécurité sociale : psychomotricien, psychiatre, psychologue, (orthophoniste) les délais sont très longs...

- **NIRO Valérie, Clinique Psychiatrique d'Orgemont (Clinea), psychiatre coordinateur:**

20 lits + 5 suicidants :

Il existe un partenariat avec l'hôpital d'Argenteuil pour la gestion crise en urgence. Les liens sont fréquents avec le CMP et l'unité mobile pour prévenir la crise. Cela permet aussi une bonne connaissance de la place de chacun. Notamment sur les jeunes de moins de 26ans. La clinique peut accueillir en hospitalisation sous contrainte.

Il peut exister des situations inadéquates comme une orientation inadaptée, par méconnaissance de la part des partenaires. Il est donc nécessaire de se connaître mieux.

Des limites : lits embolisés ; attente MDPH pour orientation à la sortie, ce qui amène à diriger les patients vers la Belgique.

### **Clinique Nouvelle Héloïse (Clinea), Montmorency :**

Un projet d'accueil post-urgence est à l'étude.

Une remarque : l'hôpital garde les pathologies lourdes.

- **JAKUBEK Martine, chef de service ASE, CD95-DGAS/ASE**

Malgré la continuité des soins, les partenaires, des conventions, un parcours de soins, il existe quand même des ruptures.

12 équipes en place ; pas de psychiatre rattaché

Les enfants sont orientés par le juge des enfants avec délégation de l'autorité parentale ou mise sous tutelle. Les enfants sont placés en famille d'accueil ou en maison à caractère social.

Difficultés rencontrées : quand l'enfant casse tout, il est fait appel aux pompiers ou à la police pour un transport aux urgences. Soit il se calme aux urgences et retourne dans la famille. Soit il est hospitalisé pour observation avec risque d'hospitalisation longue par manque de lieu d'accueil pour le reprendre.

Au total : Une mesure judiciaire d'urgence que l'on ne peut pas exercer. Des délais trop longs avec une orientation MDPH sans place dans le val d'Oise d'où un départ en Belgique. Le fait qu'il n'existe pas de lieux de vie adaptés est un manque énorme. La Belgique n'est pas la solution !!

Une convention a été signée avec le département de Paris pour permettre l'accueil d'enfants présentant des troubles importants. Mais le plus souvent on « bricole » avec des soins à domicile pour gérer des troubles majeurs.

Perspectives : Projet d'établissement à Paris. En attendant, La Mayotte a quelques places réservées

Nécessité des liens, du partenariat et des places !!

- **MORIN Alexia, médecin Education Nationale :**

Est au centre de pas mal de problématiques + Prévention.

Il ne faut pas négliger/oublier le personnel soignant des écoles pour le retour d'information quand il y a soin. Longue attente en CMP. Troubles du comportement souvent chez des jeunes de l'ASE.

De plus en plus, il y a une déscolarisation des enfants « silencieux » qui aboutit à des situations hors soin avec cristallisation de la situation.

Des difficultés de prise en charge des troubles du spectre autistique en attente d'IME (2ans !!), avec des troubles majeurs du comportement. Toutes les structures vers lesquelles on dirige les parents sont embolisées. 1% est scolarisé. Pas de SESSAD adapté ! beaucoup sont à la maison, beaucoup à l'école mais peu dans le soin. L'entrée dans le soin se fait par les parents, par l'école.

Rôle de l'infirmière : prévention, coordination, orientation

Demande la création de cellules de crise (CUC)

- **Sandrine DURANTON, médecin-chef des sapeurs-pompiers, SDIS :**

En 2016, une convention a été signée pour trois ans par la Préfecture, les Sapeurs-Pompiers, le SAMU, le Conseil de l'Ordre, ... pour l'organisation de ces services afin de répondre aux demandes de conduite aux urgences psychiatriques en vue de l'évaluation d'une situation de crise.

Prise en charge des situations psychiatriques : en 2017: 6/j, en 2018: 8/j; soins sans consentement, 25/mois.

Les pompiers n'ont pas reçu de formation à la prise en charge des situations psychiatriques qui n'est pas prévue dans leurs missions. Cette situation est à améliorer. Les forces de l'ordre tirent elles aussi le signal d'alarme et disent que cela ne rentre pas dans leur attribution de service public.. Elles ne se sentent pas en capacité d'évaluer la situation.

Des questions : comment acheminer les patients sans certificat médical ? réaction d'un avis médical du médecin du SAMU ? Prescription d'une contention mais police et pompiers non habilités. Comment faire la part des choses entre violence due à la pathologie et celle due à la délinquance ?

Le cabinet du préfet a entendu ces retours. Un courrier du préfet évoque une réflexion pour la création d'une équipe mobile pour la gestion des situations de crise.

- **RICARD-HIBON Agnès, médecin urgentiste, SAMU 95 :**

Avant la signature du protocole, il existait une situation de blocage du fait des médecins qui ne se déplacent plus au domicile pour le certificat initial.

Le protocole « Faites le 15 » a été « pompé » en Normandie. Il fallait trouver un effecteur pour le transport vers l'hôpital. Cela a permis d'améliorer la situation. Les personnes qui interviennent sont de vrais intermédiaires pour les aidants. Le SAMU est donneur de mission mais n'a pas autorité pour faire intervenir d'autres personnes : police, pompiers...

Quelle est la réalité psychiatrique de la demande ? 16 appels/j. Comment estimer la dangerosité entre agressivité-anxiété ou danger réel de violence ?

Un avis médical distant avec possibilité de prescription de contention est à envisager. Des marges de progression existent. Il ne faut pas oublier que dans la majorité des cas le recours aux urgences est le résultat d'un échec !

Consciente des difficultés que tout le monde partage : les équipes de gestion de crise ont toutes un problème de ressources humaines.

A noter : SOS médecins s'est désinvesti de cette convention.

- **GHARBI Gabriel, psychiatre Beaumont/Oise : extérioriser l'hôpital.**

Pavillons accueillant 20 patients. Manque de moyens humains (2 infirmières pour tout gérer). Manque de personnel et de places.

A pu constater par lui-même les difficultés de faire transporter une personne pour une hospitalisation. La procédure est parfois compliquée pour maîtriser la patiente en attendant les secours.

Des patients en attente de papiers et de lieu de vie peuvent rester hospitalisés jusqu'à 5 ans.

- **DROCCI Charlotte, directrice-adjointe, Foyer de vie, Parmain**

Accueille 36 résidents ayant une déficience intellectuelle. Il n'y a pas de personnel médical. Les urgences ne sont pas adaptées pour gérer des situations de crise avec troubles psychiques associés. Pour anticiper la crise, l'établissement est en lien et travaille avec les Oliviers ainsi qu'avec le psychiatre de ville. 3 places d'urgence.

Problématique : absence de bonne information transmise au personnel. Syndromes peu connus difficiles à prendre en charge.

- **PEREIRA Elisabeth, Psychologue, APAJH95**

SAVS APAJH, 3 antennes, 135 suivis.

L'évolution du public accueilli dans les SAVS nécessite un besoin de formation des équipes éducatives.

Afin de prévenir les situations de crises, le travail de partenariat avec le soin et autres partenaires (mandataire par exemple) est important et favorisé.

Récemment, gestion sur un SAVS d'une situation de crise et situation inadéquate (maintien à domicile problématique), personne souffrant de troubles psychiques avec comorbidité addictive grave. Situation complexe sans solution et sans place d'hébergement adapté en France, seule possibilité de se tourner vers la Belgique.

Les situations graves sont souvent en lien avec la rupture du traitement, d'où l'importance de favoriser et accompagner la continuité du soin.

Problématique actuelle rencontrée avec le service psychiatrique sur Pontoise qui est actuellement en situation de crise. Les patients sont réorientés vers leur médecin traitant pour assurer leur suivi. Le partenariat est maintenu cependant, notamment avec les Assistants sociaux.

- **CHAMBON Laurent, DDCS95, conseiller technique**

Les critères d'accueil sont peu exigeants ce qui entraîne des situations inadéquates découvertes par la suite.

Conflit : obliger de garder des personnes dont on n'a pas les capacités pour les prendre en charge. Problématique concernant les SDF et la sectorisation psychiatrique: refus de prise en charge car n'est pas du secteur.

Souvent logement précaire non adapté mais refus d'envisager un transfert en Belgique.

Manque d'effectifs. Suivi de 20 enfants pupilles de l'Etat. Consultations privées.

Point positif : groupe opérationnel de synthèse.

### Mots-clés « en vrac »

[Diogène](#)

[Intervention à domicile](#)

[Faire le lien avec la personne](#)

[Hébergement et réinsertion](#)

[Isolement de la personne](#)

Situations inadaptées d'hébergement

La Belgique !!

Maison, école, mais pas toujours dans le soin

Établissements pour accueillir les adolescents

Accueil post-hospitalisation ; Belgique

Hors mise en danger

Urgences

Gestion du transport en cas de crise: pompiers, police

« Faites le 15 »

Recours aux urgences : situation inadéquate ??

Prise en compte de la menace de suicide

Lieu d'aide ?

Cellule de crise ?

« Aller vers »

Prise en charge de l'entourage, bienveillance

Echec de la prise en charge en amont=crise

Echec de la prise en charge de la crise=urgence=situation inadéquate

Avant l'urgence

Prise en charge en addictologie

Gestion de crise et clinique privée

Urgences embouteillées

Le déni : symptôme de base, prise en compte

Orientation des adolescents au cas d'hospitalisation: pédiatrie ou adulte si isolement

Recours aux urgences= échec

Équipes de gestion de crise : ressources humaines

Extérioriser l'hôpital

Ambulatoire

Sectorisation psychiatrie et SDF

Post-crise : réintégration dans le milieu social, réhabilitation

Prise en charge des troubles psychiques de la **personne de plus de 60 ans?**

Intrication somatique et psychiatrique

Accès par le somatique pour accéder à une prise en charge psy

Admission en addictologie

Psychogériatrie

Passage adolescent/adulte

Enfant/adolescent

Clinique privée et gestion de la crise

Orientation, situation inadéquate, méconnaissance

SAMU : rôle dans la gestion de la crise

Collaboration psychiatrie, ASE, PJJ

Articulation CMPP/médecin scolaire

CMPP/ASE/MT protocole ?

Lien entre protection de l'enfance et psychiatrie

Place de chacun : social, famille, santé

Méconnaissance des dispositifs

Prise en compte de la parole des proches

Formation des équipes à la gestion des troubles psy  
Formation des pompiers, de la police  
Continuité des soins, partenariat, conventions, ruptures de soins  
Courrier du médecin de ville/ compte-rendu d'hospitalisation  
Barrière médecin/tutelle  
Écoute entre professionnels  
Travail partenarial essentiel  
ASE : appels sans réponse  
ASE ne vient pas aux réunions  
Éducation nationale et pb psy, retour du soin

Problème de l'accueil post-hospitalisation ; Belgique !  
Délais d'attente admission  
Critères prioritaires  
Équipe mobile ado  
Embolisation CMPP, Hôpital embolisation CMPP, Hôpital  
Foyer autisme ado, adulte,  
Foyers de vie sans psychiatre  
SAMSAH psy  
Orientation MDPH mais sortie dans la rue  
Coût d'un suivi en ville  
Embolisation des structures proposées aux parents

**Compte-rendu - Atelier n°2 – 22 février 2019 – Conseil de l'Ordre des Médecins**

Pilotes : Dominique CARAGE - Patricia ESCOBEDO

**Pistes de réflexion pour le deuxième atelier :**



Les causes de ruptures dans le parcours de vie : situation de crise

- Maladie psychique : 1<sup>ère</sup> crise, rechute, rupture de soin, perdu de vue
- Post-Traumatisme
- Familiales
- Professionnelles et scolaires
- Addictions

1-

En amont de la crise	Crise	Urgence	Post crise
Prise en charge, suivi, continuité des soins	Gestion	Gestion, intervenants	Hospitalisation « longue durée »
	« Aller vers »	Violence	Hébergement
	Intervention dans le milieu : domicile, école, lieu d'hébergement	Incarcération	Suivi ambulatoire
	Prise en charge	Répercussion du recours à l'urgence : usager, entourage (violent, brutal, défiance)	
	Soutien à l'entourage		
	Violence		
	Alternative à l'hospitalisation		

2- Organisation des urgences dans le val d'Oise :

- Beaumont
- Pontoise
- Eaubonne
- Argenteuil
- Gonesse

3- Indicateurs :

- Critères d'hospitalisation : contextuels ?
- Ré-hospitalisations : nombre/ patient
- % des hospitalisations prolongées
- Répertoire ce qui améliore l'adhésion au traitement et la diminution des ré-hospitalisations

4- Pratiques :

- Obligatoires : certificats, lettre de liaison
- Formation des acteurs
- Coordination, partenariat, concertation : causes des difficultés ?
- Moyens : temps, innovation, appels à projets

5- Pour chaque sujet :

- Qui est concerné ?
- Objectif ?

Les échanges pour ce deuxième atelier se sont faits au sein de deux groupes distincts.

Ci-dessous la synthèse commune des réflexions des deux groupes.

### I - La perception de la crise

**La situation de crise est une rupture dans le parcours de vie de la personne dont l'origine est à identifier pour déterminer la bonne prise en charge :**

- Maladie psychique non repérée : la crise est révélatrice de la maladie
- Maladie psychique pas encore ou insuffisamment prise en charge : traitement à équilibrer, observance thérapeutique à respecter, perdus de vue...
- Familiale : conjugopathies, parentopathies, violences...
- L'environnement : souffrance au travail, en milieu scolaire et universitaire, isolement, précarité...
- Addictions : alcool, drogues ...
- Post-traumatique : accident, agression, deuil

Il a été souligné que la perception de la crise peut être différente selon que l'on se place du côté du patient, de sa famille, des encadrants ou des équipes soignantes.

Tout le monde s'accorde à dire la nécessité d'anticipation des situations qui dégénèrent et mènent à une crise et/ou une prise en charge en urgence.

### II - La notion de situation de crise silencieuse

Tant que l'ordre public n'est pas menacé, la situation de crise peut être masquée ou ignorée par le fait qu'elle est silencieuse. Toutefois la souffrance psychique existe bien et les familles sont souvent seules et désemparées pour faire face à cette situation et restent en demande de réponses concrètes en matière d'orientation et de prise en charge.

### III - La nécessité de structurer un réseau

**Constituer un réseau solide avec l'ensemble des acteurs** pouvant être en charge de personnes en situation de crise est une impérieuse nécessité. Cela suppose que la structuration de cette organisation ne repose pas uniquement sur « *l'intuitu personae* » mais sur un minimum de formalisme permettant à ce type d'organisation de perdurer en dépit des changements de personnels.

Dans la perspective de consolider ce réseau, il a été fait mention d'un projet de « hot line » à Eaubonne.

#### IV - Le lien avec les médecins généralistes

Cette notion est apparue déterminante dans les débats.

**Le médecin généraliste est au cœur de la dynamique.**

**La connaissance des ressources du territoire** sur la prise en charge en santé mentale apparaît pour le moins approximative, rendant difficile **une orientation pertinente des patients** vers la structure ou l'établissement ayant la compétence et le plateau technique les plus appropriés. Il est indispensable de faire savoir la spécificité de la prise en charge, quand elle existe, des établissements.

A la méconnaissance ou à la connaissance partielle du réseau s'ajoute **la question de la formation à la prise en charge de base du malade psychique** (dépression, schizophrénie, bipolarité, troubles du comportement alimentaire...).

#### V – Le « aller vers »

**Développer les équipes mobiles** a été perçu comme un des outils indispensables concernant la prévention et la prise en charge de la crise. Il a été rappelé que par le passé, notamment au sein du service de psychiatrie infanto-juvénile d'Eaubonne, une équipe mobile intervenait. Ainsi, les patients en crise, connus du secteur, pouvaient bénéficier de ce type d'intervention à domicile ce qui avait pour effet d'amoindrir l'intensité de la crise.

Les effectifs actuels réduits et un véhicule supprimé ne permettent plus les visites à domicile sur ce secteur.

Sur Argenteuil, l'Equipe Mobile pour les moins de 26 ans intervient pendant les 3 mois suivant l'hospitalisation. Elle est en contact avec les bailleurs et les travailleurs sociaux. Elle dispose d'un accueil téléphonique pour un conseil ou une orientation.

Sur Gonesse, intervient l'Equipe Mobile Précarité.

Une problématique est apparue clairement. Elle porte sur la **prise en charge des personnes en crise sur leur lieu de vie**. Bien qu'il existe un protocole (préfecture, SAMU, pompiers, gendarmerie) relatif à l'organisation d'un dispositif de prise en charge pour le transport des urgences psychiatriques, la problématique demeure complexe. La régulation est faite par le SAMU. Les sapeurs-pompiers évoquent 8 départs/jour, 25/mois sans consentement. La question de la formation des pompiers est à nouveau évoquée, comme celle des policiers susceptibles d'intervenir également à domicile quand la dangerosité est imminente. **Ce protocole doit être renouvelé en juin 2019**. Il apparaît indispensable que le secteur sanitaire soit associé.

Il y aurait une réflexion en cours au niveau de la préfecture pour la **mise en place d'une équipe mobile pour la gestion des situations de crise**.

Il a été fait mention du dispositif ERIC, créé dans les Yvelines. Toutefois, cette expérience n'est pas forcément transposable dans le Val d'Oise. Il convient d'inventer un modèle tenant compte des réalités et des moyens déployés dans le département associant pleinement la psychiatrie et faisant la distinction de ce qui relève de la violence sociétale et ce qui est réellement du ressort de la psychiatrie.

#### VI - Le coût de la crise

Il a été rappelé les **effets pernicioeux de la tarification à l'activité** et son corollaire, la tentation de ponctionner dans les dotations annuelles de fonctionnement (tarification en vigueur pour la psychiatrie) afin de tenter de maîtriser le déficit des hôpitaux publics.

En outre, le **coût économique de la gestion d'une crise** est souvent appréhendé sous un angle trop restrictif privilégiant le court terme. L'absence d'investissement dans des **programmes durables de prévention, de repérage précoce de la crise et de lutte contre sa récurrence** a un coût tant économique que sociétal qui est manifestement sous-évalué.

### VII - La permanence des soins en psychiatrie et les modalités du virage ambulatoire

Ces deux thématiques ont été abordées en soulignant toutes les difficultés de leur mise en œuvre notamment dans certaines parties du département (en particulier dans le Vexin) qui doivent faire face à la raréfaction de la ressource médicale en général et plus particulièrement sur le champ de la santé mentale.

Il est à noter qu'il y a **beaucoup de manque en matière de psychiatrie en ambulatoire** dans le val d'Oise.

Pour établir un bilan correct chez un adolescent, il est parfois souhaitable de résister à la pression économique d'une hospitalisation inférieure ou égale à 3 jours et valider une hospitalisation de 4 à 5 jours.

Il est important d'identifier **la prise en charge la mieux adaptée pour la personne âgée**.

### VIII - La nécessité de fluidifier le passage entre les structures de soins et le secteur de l'hébergement et du logement

**Rôle asilaire de l'hôpital** : Le constat a été fait que certaines personnes restent trop souvent dans des structures de soins alors que leur état est stabilisé et qu'elles seraient aptes à intégrer un hébergement ou un logement.

Il n'y a **pas de solution de logement ou de structure intermédiaire d'accueil pour 1 lit sur 4** !

Les MAS et les foyers de vie redonnent les logements vacants quand une personne est hospitalisée !

Par conséquent, certaines personnes en crise qui disposent d'un hébergement ou d'un logement ne peuvent pas être prises en charge de manière optimale, faute de place dans les structures de soins adaptées.

Tout l'enjeu réside d'une part dans l'acculturation réciproque entre les structures de soins et celles relevant de l'hébergement et du logement et d'autre part, dans **la promotion de logements adaptés et le développement de l'accueil familial social**. Une meilleure information sur les ressources disponibles, une connaissance fine des dispositifs constituent les préalables nécessaires pour permettre une véritable fluidité entre les structures de soins et le secteur de l'hébergement et du logement.

Partenariat avec la plateforme SIAO (Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation).

### IX – En amont de la crise : des pistes... !

- En CMP : prévoir **un créneau horaire pour l'accueil d'urgence**, et **valoriser les consultations des infirmières**. Les délais de prise en charge après un repérage restent trop longs en général.
- **Une consultation d'Accueil et d'Orientation** comme à Argenteuil où, à la demande du médecin traitant ou de l'infirmière scolaire, les internes et les éducateurs accueillent sur 3 rendez-vous et, si besoin, orientent vers une consultation de médiation. Cela évite les dérapages et l'arrêt rapide de la prise en charge.
- Développer, généraliser **les groupes de paroles** animés par des infirmier(e)s, des psychologues **pour les familles, les proches**.

- Proposer la **démarche « Pro-famille »** financée par l'Ile de France : modules de psychoéducation pour apprendre à réagir et à accepter.
- **Promouvoir la psychoéducation des patients** : Argenteuil (schizophrènes), Eaubonne (bipolaires). Cela permettrait une diminution des rechutes de 20%.  
Quelques chiffres à propos du financement : 8 à 10 séances pour un coût d'environ 2000€ éviterait à 2 ans le risque de rechute d'un coût de 70000€ !
- **Boîte à outils** pour le patient et l'entourage pour identifier les ressources dès la première consultation.
- **Entretien systématique** par l'équipe **avec la famille** : parents, conjoints, enfants.
- Le développement des **CLSM**
- La mise en place de **Centre d'Accueil de Crise (CAC)** en ville avec une offre d'une dizaine de lits et des consultations rapprochées.
- La **télé médecine** : pour les personnes en IME, permet l'écoute de l'équipe et évite de se déplacer.

#### **X – Post-crise : des pistes... !**

- **Consultations post-urgences à J+7** en place à Argenteuil et Eaubonne. 50% ne reviennent pas. Pourquoi ne pas envisager un appel téléphonique le lendemain comme en chirurgie ambulatoire ? Après une venue aux urgences, s'il n'y a pas d'hospitalisation, il existe un fort besoin des proches d'une explication de la situation, et de consignes claires sur la suite à donner.
- Créer des **structures intermédiaires de post-crisis** plutôt que des nuits d'hôtel pour les adolescents.
- Valoriser **les placements au domicile** avec passage quotidien d'éducateur.

Compte-rendu - Atelier n°3– 15 mars 2019 – Conseil de l'Ordre des Médecins

Pilotes : Dominique CARAGE - Patricia ESCOBEDO

La démarche de ce troisième atelier s'appuie sur les axes stratégiques du PRS2 :

Stratégie 1 - Soutenir la cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes

Stratégie 2 - Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations

Stratégie 3 - Faire du domicile le centre de gravité du parcours

Stratégie 4 - Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques

Stratégie 5 - Agir pour des pratiques « orientées rétablissement »

Stratégie 6 - Mieux prendre en compte les priorités pour l'allocation des ressources

Stratégie 7 - Mobiliser pour inventer la psychiatrie de demain

*En rouge les propositions de l'atelier n°3 réparti en 2 groupes de travail*

<b>Stratégie 1 Soutenir la cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes</b>		
<b>Fiche action n°2</b>	<p><b>Réduire la part des hospitalisations sans consentement de 6 points : en Ile-de-France, le recours aux soins sans consentement est supérieur à la moyenne nationale.</b></p> <p><b>Il s'agit de réduire le recours initial, d'éviter sa prolongation, d'éviter son renouvellement avec un objectif complémentaire sur la réduction du recours à l'isolement et la contention.</b></p>	<p>Permettre le repérage de la crise en amont : médecin généraliste, proches, services sociaux, établissements...</p> <p>Permettre la prise en compte des signes d'alerte par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La capacité à joindre les professionnels compétents et connaître le rôle de chacun (à définir). Un référent de parcours : quelle pertinence ?</li> <li>• La capacité à mettre en place une réponse adaptée pour que la crise soit prise en considération et traitée en tant que telle pour qu'elle ne devienne pas une urgence.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser l'intervention de crise dans le milieu</li> </ul> <p>Réaffirmer le rôle pivot des CMP dans l'accès aux soins et le projet personnalisé en donnant en urgence des moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour diminuer les délais de prise en charge</li> <li>• pour augmenter le nombre d'actes en ambulatoire (cf fiche n°21)</li> <li>• pour pouvoir suivre les programmes de soin à domicile,</li> <li>• pour « Aller vers » : équipes mobiles, liens avec les infirmiers libéraux, les MG, les familles...</li> </ul> <p>Evaluer et orienter :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mettre en place un accueil pour les familles, l'entourage, les éducateurs de foyers ou de l'ASE type « consultation sans patient » : soit en disposant d'une antenne dans trois sous-territoires (type CPOA), soit en renforçant le rôle et les missions des CMP avec le social, le médico-social et les associations de patients.</li> </ul> <p>Proposer un programme « Aide aux aidants-Education thérapeutique à destination des proches » pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motiver les proches à se faire aider et à engager la suite</li> <li>• Informer sur les dispositifs d'aide</li> <li>• Développer l'alliance thérapeutique et individualiser l'accueil des familles</li> <li>• Dédramatiser l'hospitalisation</li> </ul> <p>Eviter la rupture notamment pour les enfants au parcours chaotique.</p> <p>Bien identifier le rôle de coordination des 5 CLSM du département pour la mise en place et la coordination d'actions dans la cité.</p> <p>cf. fiches n°11, 12 et 16</p>
--	--	--

### **Stratégie 2 Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations**

<p><b>Fiche action n°8</b></p>	<p><i>Mettre en place, pendant 3 ans, l'expérimentation « Ecoute'émoi » de l'organisation de repérage et prise en charge de la souffrance psychique chez les jeunes de 11 à 21 ans pour réduire la souffrance psychique des jeunes par l'amélioration des parcours de</i></p>	<p>L'expérimentation « Ecoute'émoi » a été lancée sur le secteur Est du val d'Oise, à Garges-Lès-Gonesse, Goussainville, Sarcelles, Villiers-le-Bel : il s'agit de repérer la souffrance psychique des jeunes avec mise à disposition des familles et des professionnels, de plaquettes d'information sur le dispositif, d'évaluer les situations repérées, et d'orienter si besoin, vers un psychologue en libéral avec</p>
--------------------------------	---	--

	<p><i>santé et une meilleure coordination des acteurs de la santé mentale.</i></p> <p><i>Au total : mieux informer, améliorer l'accès aux soins et proposer une prise en charge adaptée.</i></p>	<p>un forfait de 12 séances financées.</p> <p>Les premiers retours posent la question de la pertinence des critères de sélection car peu de jeunes en bénéficient à ce jour. Les critères correspondent-ils au public des départements choisis ?</p> <p>Généraliser le remboursement des séances de psychologues libérales prescrites par les CMP, CMPP, voire tout médecin le jugeant nécessaire.</p> <p>Cf fiches 2, 11, 12, 16</p>
<p><b>Fiche Action n°10</b></p>	<p><i>Disposer d'ici 2022 d'au moins un dispositif de soins partagés médecins généralistes/psychiatres sur chaque département pour apporter un appui aux médecins traitants dans leur rôle de prise en charge des troubles psychiques fréquents en l'expertise et l'observance dans la mise en place des traitements et en facilitant l'orientation pour les situations complexes.</i></p>	<p>Mettre en place des réunions de concertations pluridisciplinaires en valorisant les centres médicaux associatifs et municipaux. Cela permettrait une prise en charge adaptée des troubles anxiodépressifs par les médecins généralistes avec une formation qui pourrait être rémunérée par les URPS (à définir).</p> <p>Définir un protocole de recours à avis psychiatrique et de restitution de cet avis (cf groupe « accès aux soins somatiques »).</p> <p>Formation médicale de base pour la prise en charge de la maladie psychique</p> <p>Améliorer la connaissance des ressources du territoire pour une orientation pertinente des patients vers la structure ou l'établissement ayant la compétence et le plateau technique les plus appropriés</p>
<p><b>Stratégie 3 Faire du domicile le centre de gravité du parcours</b></p>		
<p><b>Fiche Action n°11</b></p>	<p><i>Augmenter l'intervention sur les lieux de vie (école, domicile, Établissements d'hébergement) de 15%.</i></p> <p><i>La prise en compte des troubles psychiques nécessite une démarche d'aller vers, du fait de la non demande et des risques de rupture, du fait de l'importance du milieu de vie comme déterminant de santé.</i></p> <p><i>L'aller vers est donc considéré comme facilitant l'accès aux soins des plus fragiles et comme limitant les ruptures de parcours.</i></p> <p><i>Prendre en compte les possibilités de télé-médecine.</i></p>	<p>Développer le « ALLER VERS » est réclamé par tous les participants : familles, institutions, établissements médico-sociaux...</p> <p>Développer sur le département les équipes mobiles en santé-mentale permettrait, suite à un signalement, de faire une évaluation avant d'entrer dans une situation complexe.</p> <p>Nécessaire également pour les situations de précarité (Association « Emile » dans le nord du département)</p> <p>Actualiser le cahier des charges des CMP, des hôpitaux de jour. Repréciser les missions et organisations des CMPP, des CMP et des CAMSP.</p> <p>S'appuyer sur les CLSM pour la mise en place mise en place d'action favorisant le retour et le maintien au domicile.</p> <p>Reconnaître la place des médecins de ville et</p>



		de la médecine du travail. Cf fiches n°2, 12, 16, 21
<b>Fiche Action n°12</b>	<p><b>Augmenter le nombre de dispositifs de soins intensifs à domicile.</b></p> <p><b>Ils peuvent :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Intervenir en amont ou en substitution d'une hospitalisation pour améliorer l'adhésion aux soins et pallier aux difficultés de l'entourage.</b></li> <li>• <b>Contribuer à une meilleure adaptation du soin et une meilleure observance</b></li> <li>• <b>Contribuer à maîtriser les durées d'hospitalisation et à éviter les ré hospitalisations</b></li> </ul>	<p>Développer les lits de HAD. Existe sur Argenteuil. 5 lits avec 1 visite par jour en projet sur Eaubonne.</p> <p>Cela réduit les durées d'hospitalisation ou prépare les hospitalisations en évitant ou en limitant ainsi le nombre de SPDT /SPDRE</p> <p>Prendre en considération « qui est ? » au domicile, « qui y vit ? » avant le retour au domicile.</p> <p>Publier le bilan des expérimentations réalisées et tracer les perspectives de soins de particulière intensité à domicile.</p> <p>cf. fiches n°2, 11, 16</p>
<b>Fiche Action n°14</b>	<p><b>Passer de 800 à 1200 places de logement accompagné recensées.</b></p> <p><b>Disposer dans les territoires d'une gradation de solutions vers les plus inclusives en suivant les transitions entre ces dispositifs et le logement ordinaire.</b></p>	<p>Le logement constitue l'une des conditions de l'inclusion des personnes ainsi que la mise en place d'un accompagnement adéquat. <b>L'accès au logement et à l'hébergement est un point crucial dans le VO.</b></p> <p>Les personnes concernées :</p> <p>Un grand nombre vivent en logement précaire 1 personne hospitalisée/4 sans solution de logement Patient vivant en famille et nécessitant un logement individuel, notamment la personne vieillissante dans une famille elle-même vieillissante</p> <p>Permettre l'accession au logement social en améliorant l'articulation entre les secteurs et les bailleurs sociaux.</p> <p>S'appuyer sur une réflexion collective avec les élus au sein des CLSM pour la création de différents modes de logement : logement social, appartement associatif, baux glissants, logement inclusif, résidence d'accueil... et faire des propositions innovantes auprès des décideurs sur les modèles « logement d'abord », « un chez soi d'abord ».</p> <p>En cas d'hospitalisation longue, organiser la prévention de la perte du logement.</p>

**Stratégie 4 Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques**

<p><b>Fiche Action n°15</b></p>	<p><i>Disposer d'ici 2022, et sur chaque département, d'une organisation de re contact après tentative de suicide.</i></p> <p><i>Les études sur les facteurs de risque du suicide confirment qu'un antécédent de tentative de suicide multiplie par 4 le risque de suicide ultérieur, par 20 dans l'année suivant la tentative.</i></p>	<p>Etendre au VO le modèle expérimental Vigilans'78 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plateforme téléphonique avec un n° en 08 qui pourrait être étendue au-delà du 78, 7j/7 et 24h/24</li> <li>• Repérage des TS aux urgences</li> <li>• Organiser un simple rappel téléphonique ou un suivi de soins. Mais ce dispositif n'a pas vocation à se substituer aux soins</li> <li>• Prévoir l'accompagnement des personnes endeuillées et des accompagnants</li> <li>• Pour le 95, besoin de partenariat : trouver des médecins généralistes et/ou psychiatres libéraux</li> <li>• Localisation des Vigilans'eurs ? les locaux du SMUR ?</li> <li>• Mettre en place des formations régionales de repérage du risque suicidaire (modèle québécois) pour les médecins, les infirmiers et les psychologues : il faudrait au moins 5 formateurs régionaux pouvant se déplacer. Actuellement, 4 personnes sont en formation sur Argenteuil.</li> <li>• Dans le Val d'Oise : Essai sur 1 GHT, Argenteuil/Eaubonne ? Ou mise en route plus large sur tout le territoire ?</li> <li>• L'information sur ce projet émane de l'ARS IDF et le référent est le COPIL de Psychiatrie IDF.</li> <li>• Une question : comment structurer une veille, développer le recueil des données et harmoniser sur toute l'Ile-de-France ?</li> </ul>
<p><b>Fiche Action n°16</b></p>	<p><i>Disposer, d'ici 2022, et sur chaque département francilien, d'un schéma des urgences psychiatriques adultes.</i></p> <p><i>Dans chaque territoire de santé, l'ARS organise un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques... qui a pour objet de faire assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux, en quelque endroit qu'elles se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état et, le cas échéant, de faire assurer leur</i></p>	<p>Intégrer le « Protocole, « Faites le 15 », relatif à l'organisation d'un dispositif de prise en charge pré hospitalière des urgences psychiatriques dans le val d'Oise, dans le futur schéma des urgences psychiatriques du val d'Oise :</p> <p>Signé en juin 2016 pour une durée de trois ans, entre le préfet du val d'Oise, l'ARS-DD95, le SDIS, le SAMU95, la direction départementale de sécurité publique, la gendarmerie nationale, le conseil de l'ordre du val d'Oise, SOS médecins, ce protocole devrait être renouvelé en juin 2019, après son évaluation partagée.</p> <p>Un désengagement de SOS médecins, des remises en question du dispositif par le SDIS</p>

	<p><i>transport vers un établissement de santé...</i></p> <p><i>Les résultats attendus portent sur la définition des lieux et niveaux de permanence des soins pour l'accueil des urgences, les dispositifs d'amont pour l'urgence et pour la prise en compte de la crise, et les dispositifs d'aval pour prévenir la répétition du recours aux urgences.</i></p>	<p>et la sécurité publique amènent à rediscuter ce protocole avant son éventuelle reconduction.</p> <p>En tant que dispositif de prise en charge et de transport préhospitaliers de l'urgence psychiatrique sans consentement, il semble opportun que l'Unafam95 et les professionnels de psychiatrie soient associés à cette réflexion.</p> <p>Ce protocole rentre dans le cadre du schéma territorial des urgences psychiatriques adultes à mettre en place dont le pilote serait la délégation départementale de l'ARS en lien avec la gouvernance du PTSM.</p> <p>Le COPIL régional de la psychiatrie travaille sur les préconisations de base pour la mise en place d'un tel plan d'action qui doit découler du PTSM dans le courant 2019.</p> <p>Pour rappel : Définition de l'urgence : en psychiatrie, l'urgence est définie comme « une demande dont la réponse ne peut pas être différée... Il y a urgence à partir du moment où quelqu'un pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : <u>elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique</u> ».</p> <p>Cf Courrier de l'UNAFAM95 Cf 2, 11, 12, 15</p>
<p><b>Stratégie 6 Mieux prendre en compte les priorités pour l'allocation des ressources</b></p>		
<p><b>Fiche Action n°21</b></p>	<p><b>Consacrer 50% du soutien à l'amélioration de l'offre aux trois territoires prioritaires</b></p>	<p>Améliorer le taux de recours aux soins en ambulatoire dans le 95 qui est actuellement de 0,49 pour une moyenne régionale à 1.</p> <p>Déficit majeur en psychiatres (ex : douze postes non pourvus à Pontoise...)</p> <p>IPA (infirmière pratique avancée) à l'accueil : Formation et périmètre des missions à définir.</p> <p>Créer des Centres d'accueil de crise en centre-ville ou UHCD avec quelques lits pour quelques heures/jour/nuit.</p>
<p><b>Stratégie 7 Mobiliser pour inventer la psychiatrie de demain</b></p>		
<p><b>Fiche Action 23</b></p>	<p><b>Généraliser la couverture de la région par les dispositifs territoriaux de recherche et formation en santé mentale</b></p>	<p>Diffusion de l'information de santé mentale à tous les âges de la vie</p>

**I - Les constats - Les mécanismes menant à des situations de crise et des situations inadéquates****1. L'absence de fluidité**

Cette absence de fluidité de prise en charge résulte souvent **d'un manque de moyens** des structures et des équipes adaptées. Cette situation met en difficulté pour orienter précocement et prendre en charge les publics concernés tant en termes d'accueil, de soins, d'accompagnement médico-social et social qu'en termes de maintien à domicile et de gestion de situations de crise pour prévenir le risque de glissement vers une situation d'urgence et le recours aux soins sans consentement.

En outre, le **déficit de formations communes, de moyens clairs et partagés d'information et de connaissance du réseau, de coordination** entre les tous acteurs, entre l'hôpital et la ville, entre le public et le libéral est également à l'origine d'une dommageable absence de fluidité.

**2. Les limites à la réduction du nombre de lits et l'insuffisance d'étayage du virage ambulatoire**

Il a été mentionné que la fermeture des lits a également ses limites et que certains patients devaient pouvoir bénéficier de lit d'hospitalisation.

Il convient également de **prévoir un échelon intermédiaire entre d'une part, l'hospitalisation et d'autre part, l'ambulatoire**, sous la forme de soins de suite et de réadaptation en psychiatrie.

**3. Des suites parfois non appropriées au repérage de la crise**

Absence de prise en compte des signes d'alerte donnés par la famille ou les institutions ayant des personnes souffrant de troubles psychiques.

Le SDIS a souligné un vide juridique concernant les mineurs.

En outre, il ne suffit pas de repérer mais il convient d'agir. Ainsi, **la réactivité de la réponse est essentielle** ; il est parfois constaté un délai trop important dans la réaction face à la crise.

**4. Le temps à prendre en considération et la reconnaissance du « temps donné »**

Le temps est essentiel pour :

- Que le patient accepte sa maladie,
- Pouvoir gérer la crise, en réduire l'intensité et prévenir les prochains épisodes.

A côté du temps pour le soin, il y a le temps à prendre en compte et à reconnaître pour la formation des professionnels, l'information, la coordination, la recherche.

**5. La difficulté de maintenir une stabilité au sein des équipes**

Une difficulté d'organisation réside dans le fait de l'importance de la volatilité des effectifs des équipes. Ce turn-over entraîne une perte de repères et de lisibilité concernant la cartographie des acteurs.

**II - Les pistes d'amélioration à soutenir pour favoriser la prévention de la crise et la diminution du recours aux urgences :**

## 1. Faire évoluer l'offre par un indispensable renforcement des moyens

L'amélioration de la situation suppose **un renforcement des moyens disponibles**. Cette demande a été répétée avec force et s'étend à l'ensemble des dispositifs tant au niveau des soins primaires reposant sur les professionnels de proximité (médecin généraliste, scolaire, PMI, psychologue libéral...) pour les troubles modérés qu'au niveau des services spécialisés plus à même de prévenir les situations de crise et de prendre en charge les troubles psychiatriques plus sévères.

Mais aussi, **des actions visant une meilleure organisation des prises en charge, de la coopération et de la complémentarité entre les acteurs territoriaux** sont également nécessaires pour une meilleure structuration du parcours de santé mentale.

## 2. Développer les dispositifs d'« aller vers »

**Favoriser toutes les actions d'aller vers pour prévenir la crise, pour gérer la crise, pour éviter la crise.**

La nécessité de s'appuyer sur des équipes mobiles renforcées a été réitérée. En cas de crise, leur influence peut être déterminante car bien souvent la personne en crise est connue du secteur. Le fait de connaître la personne est un élément favorable pour gérer le mieux possible la crise.

## 3. Une meilleure orientation des patients

L'information sur les ressources du territoire est absolument nécessaire pour permettre une orientation fine des patients. Cette information doit s'accompagner d'une connaissance actualisée de la spécificité, du plateau technique et des compétences mobilisables dans chaque structure.

## 4. La promotion des soins de réhabilitation et de psychoéducation

**La réhabilitation psychosociale renvoie à un ensemble de procédés visant à aider les personnes souffrant de troubles psychiques à se rétablir, c'est-à-dire à obtenir un niveau de vie et d'adaptation satisfaisant par rapport à leurs attentes.**

La psychoéducation à destination des patients et des familles permet une meilleure compréhension des troubles psychiques et l'acquisition de compétences utiles pour mieux gérer les troubles au quotidien.

Ces deux actions ont une incidence positive pour prévenir ou atténuer la crise. La mise en place de tels programmes a une vraie plus-value au regard du coût financier supporté par la collectivité, car ils permettent d'éviter un nombre substantiel de crises aiguës et de diminuer le taux de rechute et de ré hospitalisations.

## 5. La généralisation des pratiques avancées

La pratique avancée consiste à confier certaines tâches initialement effectuées par des médecins à d'autres professionnels (infirmières, psychologues).

Dans un contexte de raréfaction de la ressource médicale et notamment des psychiatres, ces pistes doivent être explorées.

## 6. L'accroissement de la pair-aidance

La pair-aidance repose sur des mécanismes d'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie psychique. Fort de son expérience et de ses compétences acquises tout au long de son parcours de rétablissement, le pair-aidant peut soutenir et responsabiliser ses pairs dans la reprise de pouvoir sur leur vie et leur rétablissement, participer à réduire la stigmatisation.

Il convient d'examiner au sein de notre département les modalités de développement de ces initiatives.

#### **7. La mise en place d'un schéma départemental des urgences psychiatriques adultes d'ici 2022 sur l'ensemble du territoire du val d'Oise**

L'élaboration de ce schéma porte sur « la définition des lieux et niveaux de permanence des soins pour l'accueil des urgences, les dispositifs d'amont pour la prise en compte de la crise et ceux pour l'urgence, et les dispositifs d'aval pour prévenir la répétition du recours aux urgences » .

Une telle élaboration reprend l'ensemble des sujets et leurs problématiques évoqués tout au long de ces ateliers autour des situations de crise, d'urgence et de situations inadéquates à savoir :

- ce qui existe, ce qui se fait, ce qui devrait être fait en amont de la crise : prévention (famille, école, travail, cité...), repérage et prise en charge précoce, suivi en ambulatoire, accompagnement social adéquat...
- ce qui existe, ce qui se fait, ce qui devrait être fait pour la gestion de la crise : rôle de chaque personne concernée (patient, soignant, proche, aidant,...), moyens mis en place pour le repérage et la prise en charge précoce, information, coordination...
- ce qui existe, ce qui se fait, ce qui devrait être fait pour la gestion de l'urgence : lieux et niveaux de permanence des soins, transport, information, coordination et rôle de chacun...
- ce qui existe, ce qui se fait, ce qui devrait être fait en aval de la crise et/ou de l'urgence : soins, suivi, coordination sanitaire/sociale/médico-sociale, logement, réhabilitation, travail...

**Un grand merci à tous les participants !**

Monsieur le Préfet

Nous revenons vers vous après notre courrier du 25 mars dernier vous demandant de nous recevoir pour aborder avec vous la révision du « Protocole relatif à l'organisation d'un dispositif de prise en charge préhospitalière des urgences psychiatriques dans le Val d'Oise » signé le 24 juin 2016.

Nous voulons que l'entourage des personnes atteintes de troubles psychiques puisse vous expliciter ses expériences et ses besoins quand il est contraint de demander des soins sans consentement pour un de ses proches. Pour nous, ce protocole a permis déjà une nette amélioration de ces mesures qui devraient être d'exception.

L'entourage le plus souvent familial mais aussi les professionnels dans les lieux de vie ou d'accompagnement social, vivent au quotidien avec les personnes malades et sont donc les plus à même de constater l'aggravation de leur pathologie.

Nous, parents, enfants, conjoints, fratrie, avons la responsabilité de la santé de notre proche présentant des troubles psychiques.

Faute de soins quantitativement suffisants, à cause de l'absence d'équipe mobile, et aussi parce que les équipes en ambulatoire sont débordées, nous assistons impuissants à l'aggravation des symptômes de nos proches malades, à l'augmentation de leur souffrance, de leurs délires, de leurs hallucinations, de leur repli sur eux-mêmes ou de leur incurie. Nous, familles et proches, dans un grand sentiment d'abandon, subissons cette violence qui leur est faite de par l'absence de soins ambulatoires adaptés.

Par ailleurs, le déni de leurs troubles est l'un des symptômes premiers de tous les troubles psychiques. Il fait partie de la maladie. On ne peut donc pas attendre que ces malades soient demandeurs de soins lorsqu'ils sont submergés par leurs troubles.

Dans les situations de crise, il nous arrive aussi de vivre des situations de mise en danger de la personne elle-même ou de ne plus pouvoir assurer la protection de l'entourage familial et celle du voisinage. Ce sont ces situations extrêmes qui nous amènent à appeler au secours et à demander que notre proche soit soigné, même sans son accord. Ce qui devrait entraîner un temps d'hospitalisation.

C'est une décision dramatique pour nous mais incontournable dans notre rôle de parent et de citoyen : c'est l'assistance à une personne en danger.

L'UNAFAM 95 tient à la reconduction de ce protocole après évaluation du dispositif pendant les trois années écoulées. Déjà très efficace selon nous, il a cependant montré les limites de son champ d'action et nécessite que les questions soulevées soient reprises avec tous les partenaires signataires auxquels doivent être associés les professionnels de la psychiatrie et les représentants des familles et usagers.

Ainsi ce protocole pourra intégrer le schéma départemental des urgences psychiatriques adultes tel que devra disposer, d'ici 2022, chaque département francilien dans le cadre de la fiche action 16 du plan d'action santé mentale du Projet Régional de Santé Ile-de-France 2018-2022.

La délégation départementale de l'Agence Régionale de Santé en lien avec la gouvernance du Projet Territorial de Santé Mentale devrait pouvoir piloter cette action.

Dans ce contexte, nous souhaitons être reçus par vous en amont et participer aux groupes de travail qui se mettront en place pour la révision prévue du protocole. Dans cette attente, nous vous prions, Monsieur le Préfet et Madame La Directrice de la délégation départementale de l'ARS, de recevoir nos meilleures salutations.

Maryvonne GOURDIN,  
Déléguée départementale UNAFAM95

### Les modes légaux de soins sans consentement en psychiatrie, depuis la loi du 5 juillet 2011

**Tous requièrent 3 critères** : la présence de troubles mentaux, l'impossibilité de consentir aux soins, la nécessité de soins et d'une surveillance médicale constante ou régulière.

Les **soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État** (SDRE) remplacent et étendent les Hospitalisations d'office (HO) aux autres modalités de soins à temps partiel et ambulatoires. Un quatrième critère doit être réuni : l'atteinte à la sûreté des personnes ou à l'ordre public. La mesure d'admission est prononcée par voie d'arrêté préfectoral au vu d'un certificat médical circonstancié émanant d'un psychiatre exerçant hors de l'établissement d'accueil.

Les **soins psychiatriques sur demande d'un tiers** (SDT), ex Hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT), reposent sur la notion de « tiers » permettant à la personne malade d'entrer en soins. Toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient justifiant de relations antérieures à l'admission (hors personnel soignant) peut être le « tiers ». Manuscrite, la demande de soins doit être complétée par deux certificats médicaux circonstanciés et concordants. Le premier certificat doit émaner d'un médecin externe à l'établissement tandis que le second doit provenir d'un psychiatre de la structure d'accueil.

Les **soins psychiatriques en cas de péril imminent** (SPI) ont été introduits par la loi du 5 juillet 2011 afin d'insérer dans le soin des personnes isolées ou désocialisées. Les critères d'admission sont similaires à ceux des personnes admises en SDT. En outre, l'absence de tiers mobilisable en cas d'atteinte grave et imminente pour la santé et/ou la vie de la personne constitue un prérequis essentiel pour son admission sur décision du directeur d'établissement motivé par un certificat médical établi par un médecin n'exerçant pas dans la structure d'accueil. Le directeur a 24 heures pour informer la famille du patient ou toute personne susceptible d'agir dans son intérêt.

Les deux modalités de soins suivantes bénéficient du même régime que les admissions prononcées sur décision du représentant de l'État : les **soins psychiatriques à destination des personnes jugées pénalement irresponsables** (PJPI) font partie d'un dispositif spécifique assorti d'un suivi renforcé.

Les **soins psychiatriques à destination des personnes détenues** (D398), antérieurs à la mise en œuvre de la réforme, sont spécifiques des personnes incarcérées présentant des troubles mentaux sévères nécessitant des soins hospitaliers et ne pouvant être maintenues dans un établissement pénitentiaire. Les soins se font au sein d'un service de psychiatrie classique. Le programme d'ouverture des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) depuis 2010 permet désormais d'hospitaliser « librement » les détenus dans des conditions spécifiquement adaptées lorsque ces unités existent sur le territoire.

Les **ordonnances de placement provisoire** (OPP) concernent les mineurs lorsque les parents s'opposent à une prise en charge thérapeutique considérée comme indispensable. Le médecin peut saisir le procureur de la République qui saisit le Juge des Enfants pour statuer sur la décision.



**L'ARS Île-de-France accompagne le centre hospitalier de Plaisir (78) dans le déploiement de Vigilans, dispositif innovant de prévention de la récurrence suicidaire.**

La survenue d'une tentative de suicide multiplie par quatre le risque de suicide ultérieur. Pour prévenir ce risque, le maintien du contact avec les personnes est l'un des modes d'intervention les plus efficaces.



Dans son Projet régional de santé, l'ARS Île-de-France s'est fixé comme objectif de disposer d'une organisation de recontact dans chaque département francilien d'ici 2022.

C'est la raison d'être du dispositif Vigilans, initialement déployé dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, puis dans plusieurs régions françaises.

Dans les Yvelines, le projet est financé par l'ARS Île-de-France et porté par le Dr Cécile Omnes, praticien hospitalier, psychiatre au CH de Plaisir.

### Vigilans 78

Vigilans 78 repose sur une équipe de professionnels : praticien hospitalier psychiatre, infirmière, psychologue, cadre de santé, assistante médico-administrative.

Concrètement, l'équipe médicale hospitalière propose aux patients ayant effectué un geste suicidaire de bénéficier du dispositif de recontact à leur sortie des services d'urgences ou de toute autre structure de soins hospitalière. Ils reçoivent alors un document d'information et une carte comportant le numéro de téléphone de Vigilans 78, à contacter en cas de besoin.

La cellule Vigilans contacte les patients entre 10 et 21 jours après leur sortie des services de soins et met en place le suivi téléphonique pour une durée de six mois. Selon l'évaluation du risque de passage à l'acte suicidaire, plusieurs niveaux croissants d'intervention peuvent être décidés depuis la poursuite du contact téléphonique jusqu'à la mobilisation du SAMU pour une intervention au domicile.

Tous les patients sont rappelés à l'issue de la période des six mois pour faire un bilan. Une nouvelle période de veille de six mois pourra être proposée si nécessaire.

En parallèle, les médecins traitants ou référents sont informés de l'entrée de leur patient dans le dispositif Vigilans et bénéficient d'une ligne téléphonique dédiée pour les accompagner dans la gestion de la crise suicidaire.

### Chiffres clés

- En Île-de-France, 751 décès par suicide ont été déclarés en 2015, dont 146 dans les Yvelines (*Source : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès*)
- 1370 hospitalisations pour tentatives de suicides en 2016 dans les Yvelines

## Extraction du questionnaire

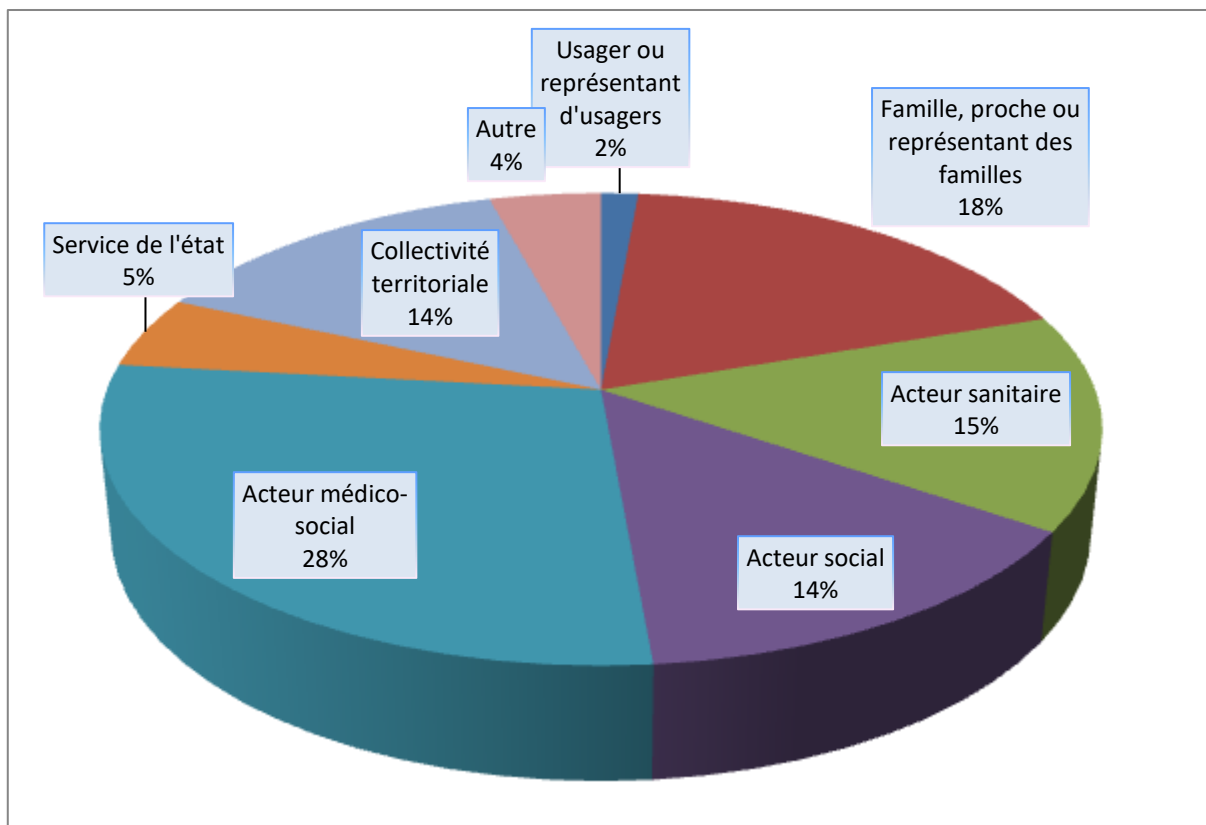
Sur l'enquête totale :

- 689 connexions dont 556 professionnels
- 133 usagers ou proches

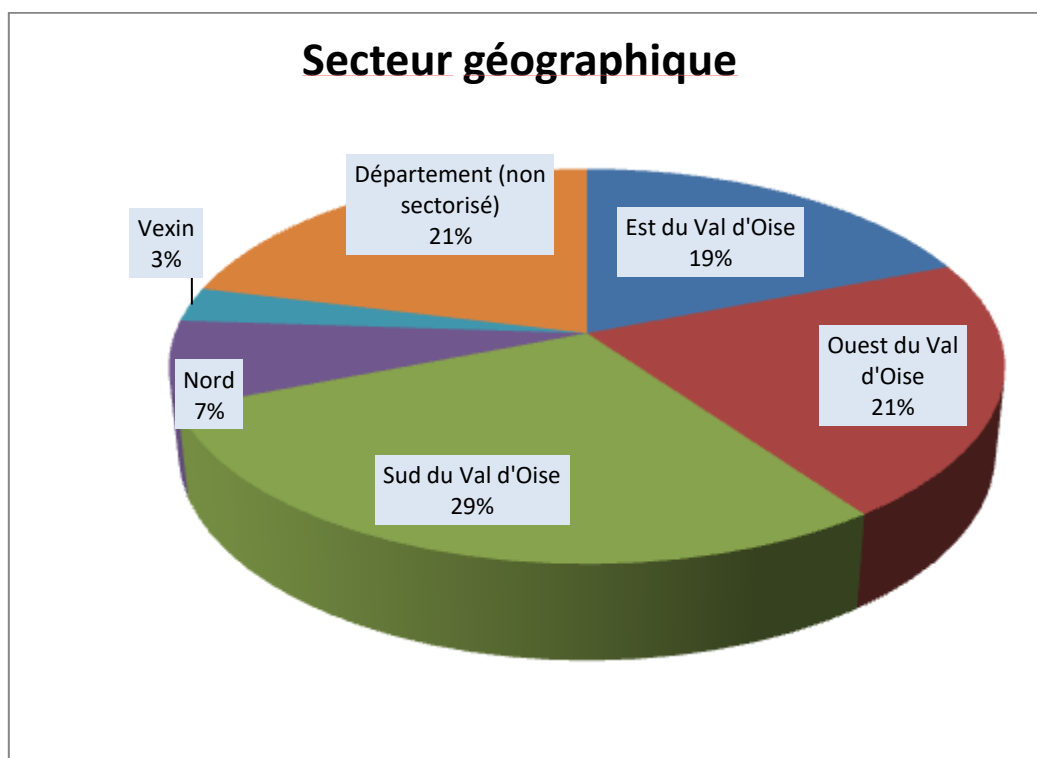
Pour le questionnaire **Crise & SI** :

- **142 réponses dont 114 professionnels**
- **28 usagers ou proches**

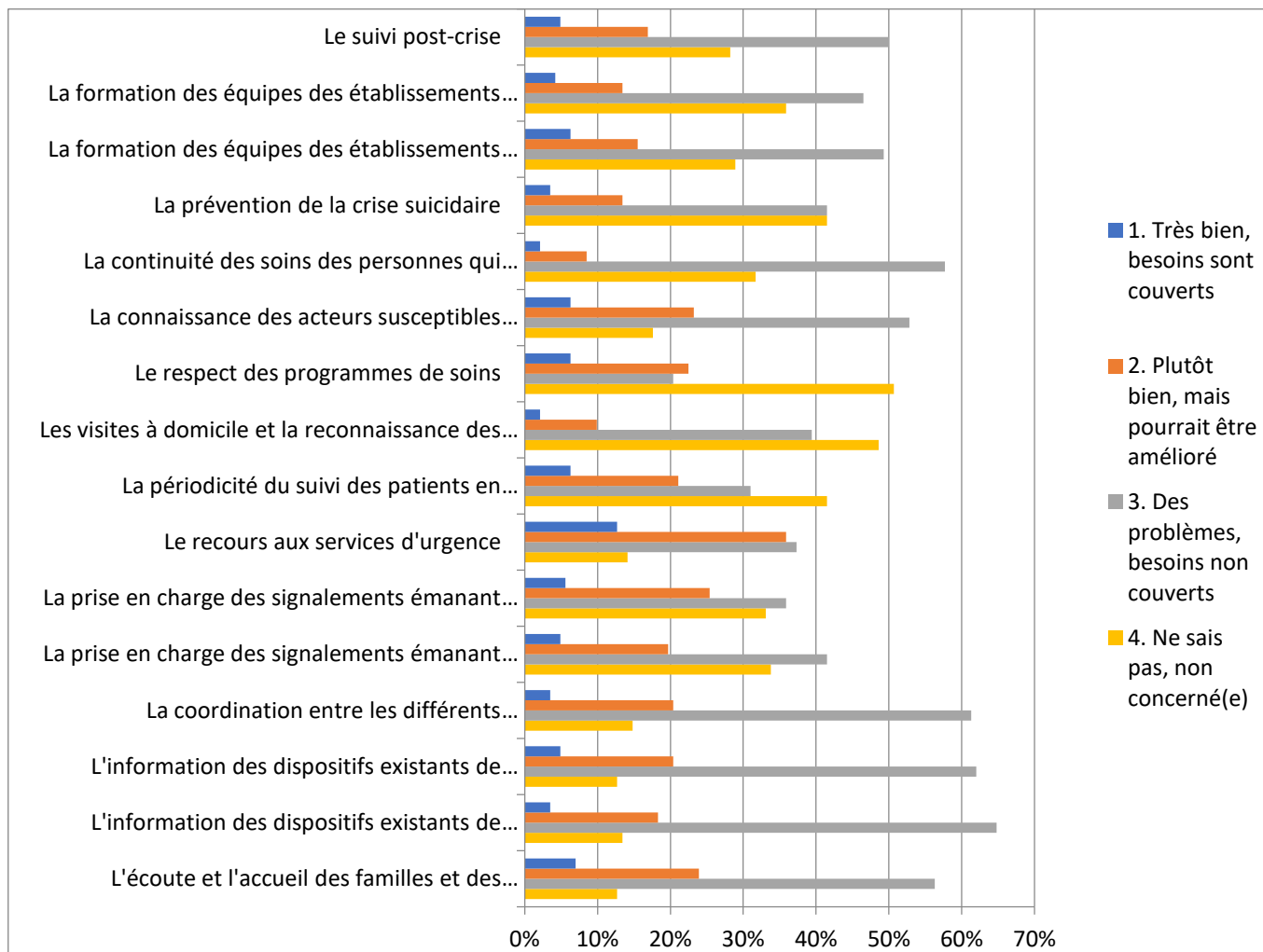
## Origine des 142 répondants



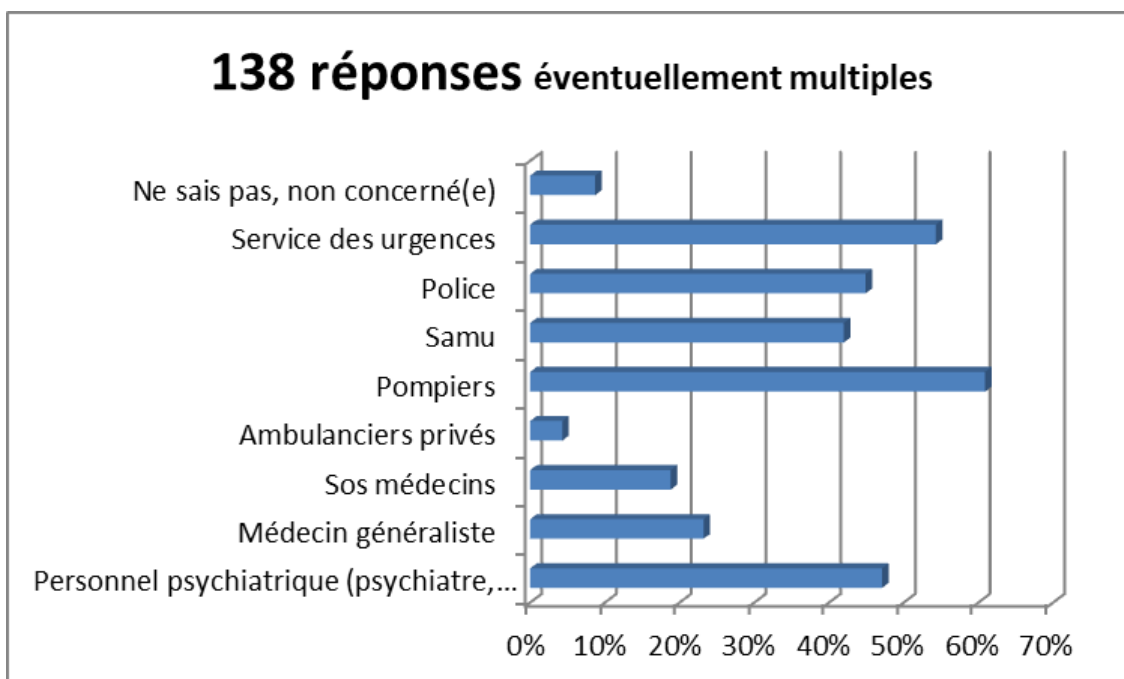
## Secteur géographique



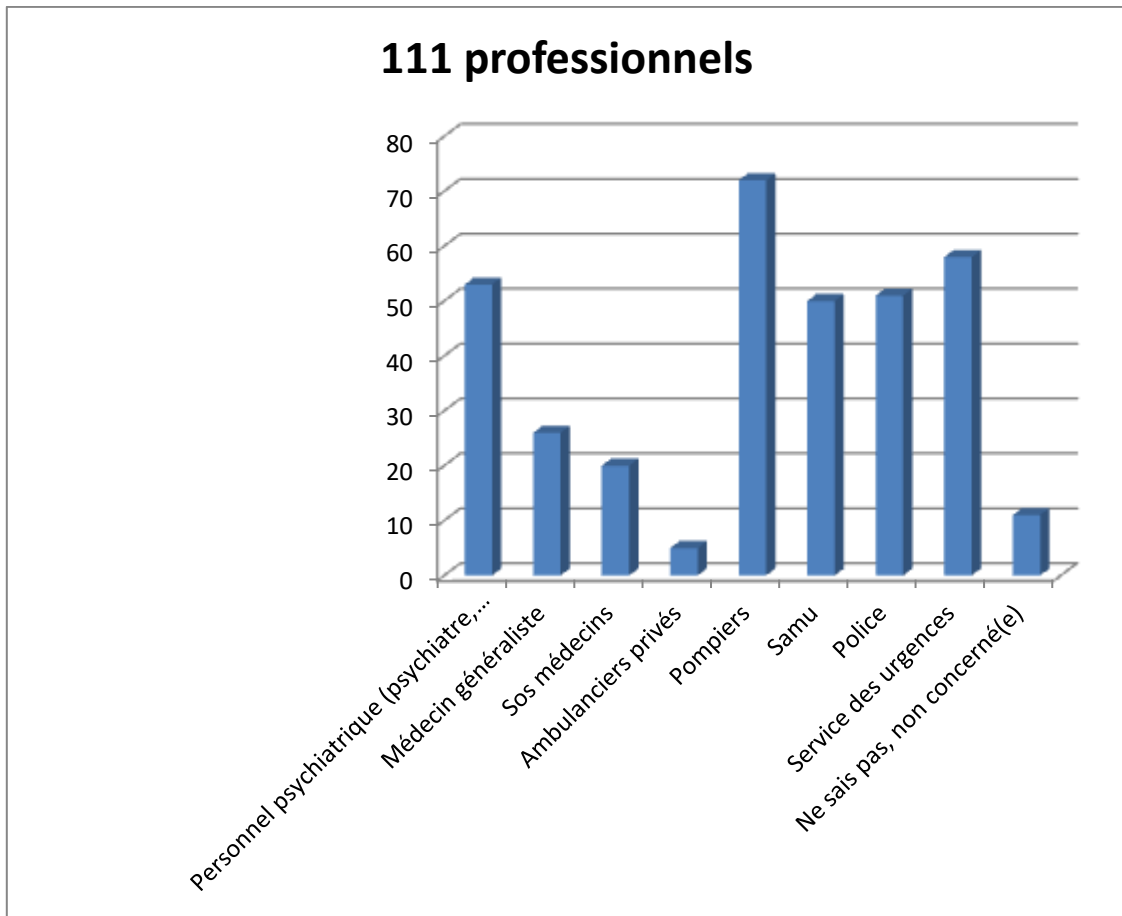
**Appréciations sur la gestion des situations de crise**



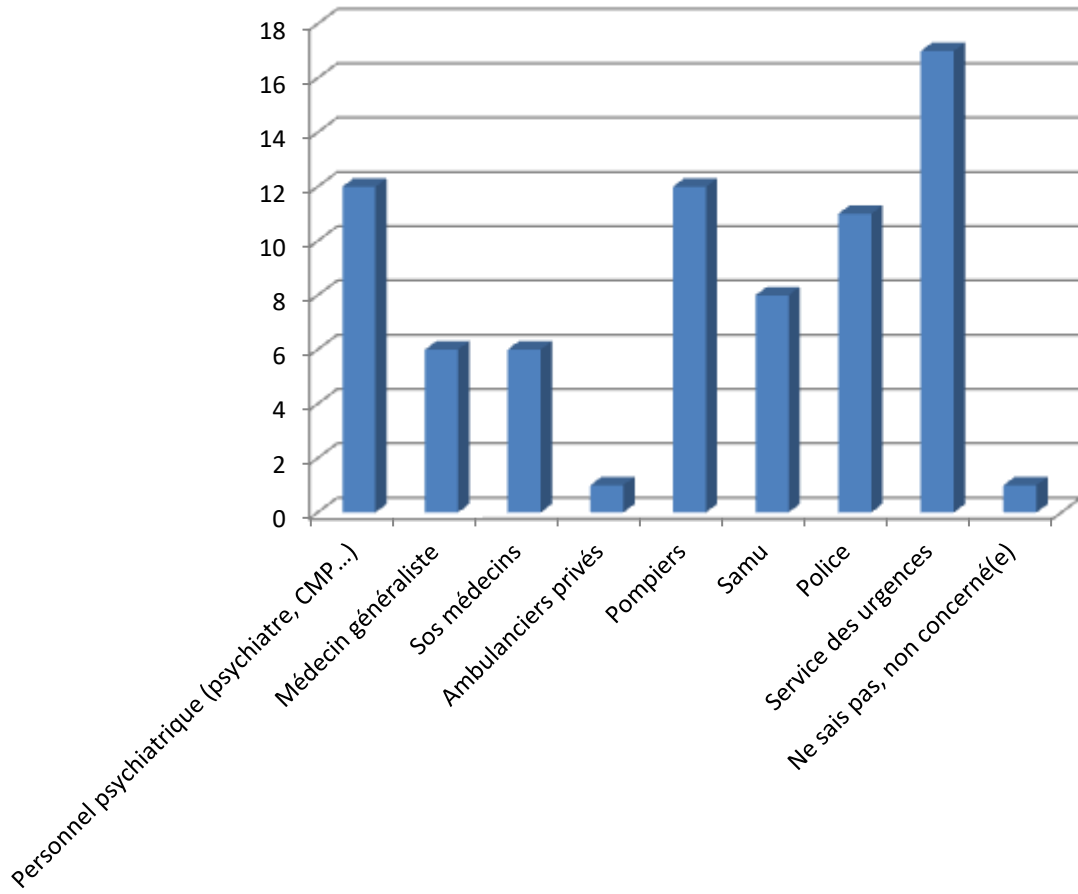
**Pour gérer une situation de crise de votre patient ou de votre proche, à quelle équipe avez-vous eu recours ?**



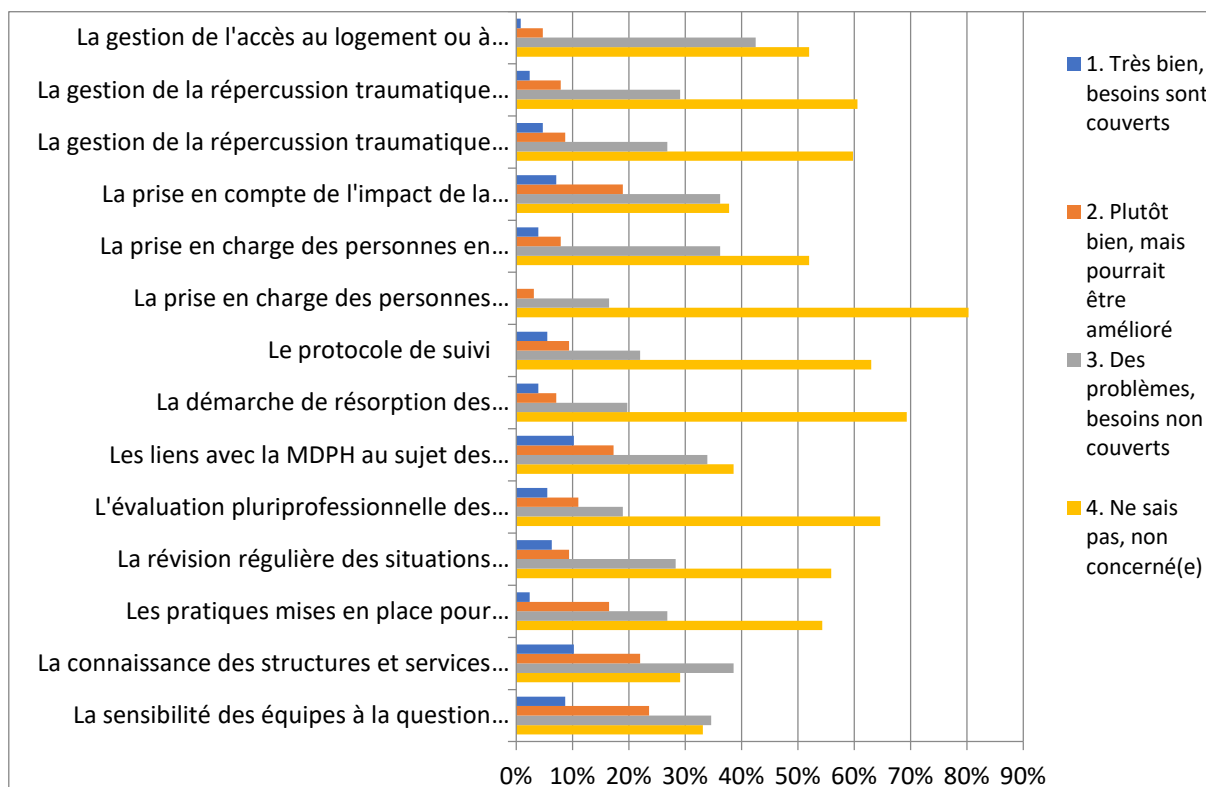
**En situation de crise, quelle équipe a été appelée ?  
comparaison entre les professionnels et les proches**



### 27 usagers ou proches



### Appréciations sur la gestion des situations inadéquates



### Questions diverses à propos des situations inadéquates

