

PRÉSENTATION DU FORUM ET DE LA JOURNÉE AINSI QUE DES DISCUTANTS

INTRODUCTION GÉNÉRALE (Michel Joubert)

La vocation de cette journée est d'aborder cette question des urgences d'une manière qui soit compréhensible par tous : plusieurs langages différents seront donc à rapprocher : celui des spécialistes de l'urgence, celui des « psys », celui de l'institution (circulaires DGS), celui des sociologues et celui des « usagers » confrontés au besoin de trouver une aide face aux souffrances ressenties.

Ces langages peuvent attribuer à la **notion de « santé mentale »** des significations différentes : nous avons choisi une définition opératoire qui n'a pas vocation à être au centre des débats ; sa fonction est avant tout pratique = situer les différents acteurs, les domaines de compétences, les registres de difficulté. L'accès à la prévention et aux soins en santé mentale comporte pour simplifier deux grands registres :

- celui des troubles psychiques (pathologies qualifiées ou « maladies mentales ») : il s'agit alors d'accéder à une aide et à des prises en charge spécialisées ; l'urgence peut renvoyer à un état de crise (urgences psychiatriques) ou croiser des problèmes d'accès aux soins (malades dans des situations telles qu'ils ne peuvent pas accéder aux prises en charge – précaires, personnes à la rue, personnes isolées, marginalisées, incarcérées..)
- celui des capacités et des difficultés des individus à se maintenir dans un état de bien-être psycho-social en lien avec les confrontations vécues au quotidien (adaptations, changements, ruptures, déstabilisations..) ; l'urgence peut ici directement renvoyer au caractère devenu insupportable de certaines de ces confrontations (besoin d'écoute, d'aide, de soutien, de considération..) jusqu'au déclenchement de souffrances psychiques plus aiguës (dépressions, passages à l'acte, violences..)

Le « système de soins » est sensé fonctionner pour les demandeurs de soins affectés d'une pathologie caractérisée. Divers filtres et relais doivent pouvoir opérer les « tris », de façon à assurer les articulations les plus appropriées avec les ressources de santé au sens large.

L'urgence vient un peu bousculer les divers protocoles de recours, mais peut aussi révéler les difficultés et zones d'ombre du système quant à sa capacité à prendre en compte toutes les situations d'une manière appropriée.

Parmi les situations les plus problématiques, il n'est qu'à citer : les TS, les UD, les « grands précaires », etc.. c'est à dire toutes les situations pour lesquelles l'imbrication entre souffrance psychique, expérience sociale (rejet, isolement, sentiment de disqualification..) et précarité est très forte.

1) Les recours en urgence – un problème d'accès aux soins

Modérateur : Antoine Lazarus (professeur de santé publique)

Discutant : Yves Buin (psychiatre, écrivain)

Diaporama de cadrage (plan de la matinée)

La circulaire du 30 juillet 1992 sur la prise en charge des urgences psychiatriques présentait les principaux enjeux relatifs à cette question des urgences :

- l'amélioration de l'organisation du dispositif relativement à la réception, la régulation et l'orientation des appels psychiatriques (SAMU-centre 15)
- la mise en oeuvre d'une réponse articulée efficacement avec les secteurs psychiatriques sur tous les pôles d'accueil des urgences
- le développement de réponses extra-hospitalières visant à favoriser les interventions de proximité.

Trois enjeux en ressortent (il s'agit d'une traduction), pour une meilleure compréhension de l'accès aux soins en santé mentale :

- la question de la régulation (trouver le « bon endroit », décryptage de première ligne des difficultés auxquelles les personnes se trouvent confrontées, orientations)
- l'articulation avec le secteur (capacité accrue à recevoir les demandes en urgence sans passer par des détours trop importants)
- le développement d'actions de proximité au plus près des publics en difficulté.

Plusieurs questions dérivées permettent – dans ce cadre – d'interroger ce que nous avons appelé le « système d'action en santé mentale », c'est à dire les différentes manières d'agir sur les manifestations de la souffrance psychique (et/ou psycho-sociale) :

- à côté bien sûr de l'accès aux soins de personnes affectées de troubles caractérisés et dont beaucoup errent aux marges des prises en charge et des aides dont elles pourraient bénéficier (rue, prison..), à côté également des personnes qui ne peuvent être accueillies dans des conditions normales par manque de lits, de moyens, etc.
- nous avons en premier lieu les personnes qui – à cause de conditions de vie dégradées, la précarisation, l'absence de logements – vivent des souffrances importantes qu'ils ne supportent plus au point de souhaiter être soulagés, quelles que soient par ailleurs leurs résistances à consulter pour des problèmes « psys » ; (
- en second lieu, tous ceux qui sont brutalement confrontés à des épreuves (événements traumatisants, ruptures, catastrophes, décès, isolement..) et qui ne trouvent pas dans leur environnement les soutiens et réconforts qui leur permettraient là aussi de « supporter » (« états aigus transitoires », rapport STEG, 1989) ; ou encore de « crises » (situation interactive conflictuelle impliquant le malade et son environnement) (circulaire de 1992)
- enfin, des « passages » de la vie où les vulnérabilités sont accentuées et les personnes exposées à des risques et des sensations pouvant conduire aux états précédents (adolescents, conduites à risques, consommation abusive de psychotropes, dépressions aiguës, TS..)

Points de vue de certains professionnels : « les décompensations aiguës anxieuses ou dépressives, les troubles du comportement liés aux addictions - c'est-à-dire des situations à la limite du psychiatrique et du social, que l'on pourrait définir par le terme d'urgences psycho-sociales - apparaissent encore mal résolus dans les services d'urgence. Une meilleure prise en charge de ces états de mal-être, ou de mal-vivre, passe peut-être par des interventions en

amont de l'hôpital: rôle des médecins généralistes, des services sociaux et éducatifs, des centres de crises, etc. Il faut aussi éviter de psychiatriser systématiquement certains états réactionnels, résultant de difficultés existentielles, dont la société aurait facilement tendance à « évacuer » sa responsabilité dans leur survenue.. nous plaidons pour la présence des équipes de secteur aux urgences: présence de soignants formés à la prise en charge relationnelle des patients et de leur entourage, de travailleurs sociaux, de psychologues.. Seule l'intégration des équipes de secteur dans les SAU permettra d'assurer un accueil correct et une bonne évaluation des situations de crise psychosociale » (Dr Michel Roy)

« les situations d'urgence sont importantes à saisir au plus près du lieu et du moment où elles émergent.. équipe d'Accueil peut jouer un rôle considérable, en particulier si elle assure une permanence 24/24. Elle offre une disponibilité à toute demande de soin, sans délai, sans filtre, sans rendez vous, pour les patients, leurs familles et aussi pour les institutions locales, toute chose qui transforme l'image qu'a l'opinion de la psychiatrie, ainsi se met en place une psychiatrie proche de la souffrance psychique actuelle.. immergée dans le tissu social car elle seule est à même de pressentir les tensions annonciatrices de souffrances, elle peut s'attacher à les prévenir tout en faisant face d'une façon simple et coordonnée aux troubles plus graves survenant dans cette population. (R. Ballion, appel de Bondy, 2001)

Ce forum nous a semblé avoir sa place dans une manifestation tournée sur la place de l'individu dans le système de santé car, précisément, nous avons là une série de « points de frottement » où les « usagers » potentiels rencontrent certaines difficultés et sont demandeurs d'une plus grande clarté dans les ressources, recours, trajets à suivre, modes d'emploi, impasses, etc. La question est d'autant plus sensible que ce domaine continue à faire peur (appréhensions à aller vers la psychiatrie ou plus généralement vers les « psys ») et qu'un certain nombre de représentations conduisent à repousser jusqu'aux dernières limites la recherche d'une aide médicalisée. Elle est compliquée par le fait qu'il ne s'agit pas que d'une question médicale et que les paramètres relatifs à la santé mentale et aux conditions sociales s'entremêlent de telle façon que les acteurs appartenant à un domaine donné ne peuvent à eux-seuls agir d'une manière appropriée.

- Les intervenants de cette matinée permettront d'avancer sur plusieurs de ces paramètres :
- Manière dont les situations arrivent à l'hôpital général en urgence, dont elles sont appréhendées, décodées et traitées (Saint-Louis) ;
- Manière dont les situations qui s'expriment hors du système de soins (rue, lieux de vie) peuvent trouver des points de contact avec les professionnels susceptibles de les aider (travail de proximité, réseaux, dispositifs mobiles) (Réseau Santé Précarité / Dispositif mobile);
- Manière dont les situations sont appréhendées et gérées dans le cadre du secteur (centres d'accueil et de crise) ;
- Ce que la recherche nous dit de ces différentes logiques de recours et de ce qu'elles nous apprennent de la situation actuelle du système d'action en santé mentale (intégrant la psychiatrie) tant en pédo-psychiatrie qu'en psychiatrie adulte (recherche CESAMES).

Cet après-midi, nous aborderons les mêmes problèmes mais considérés du point de vue des usagers. Il ne faut, en effet, pas oublier que les urgences en santé mentale sont en premier lieu des urgences ressenties comme telles et qui traduisent le vécu d'une personne. La manière dont ce ressenti peut être communiqué, dont il est traduit par les personnes et leurs proches, ce que cela induit comme parcours pour trouver un accueil d'urgence acceptable, comme les

expériences traumatisantes de ces recours constituent un autre versant de cette question des urgences.

Être en demande d'urgence, c'est être dans le désarroi, dans une détresse profonde, ne plus être en état de gérer sa souffrance (jusqu'aux TS, forme extrême du recours en urgence) : cet état et cette manière d'interpeller le système et son environnement, plus que d'autres, requiert une attention particulière. Nous aurons l'occasion de voir le rôle de la situation sociale (proches, précarité, éloignement des institutions)..

1) LES URGENCES A L'HÔPITAL GÉNÉRAL

« Par ordre de fréquence décroissante, les troubles rencontrés sont : les tentatives de suicide, les états dépressifs et anxieux, l'alcoolisme et les toxicomanies, les états d'agitation ; psychoses et états démentiels ne représentant qu'un faible pourcentage. Les possibilités de réponse dans les unités d'accueil aux urgences générales sont extrêmement variables ; de nombreux centres hospitaliers ne disposent d'aucune présence psychiatrique aux urgences et pour les autres, elle varie du simple passage d'un vacataire le matin, à la présence permanente avec garde (source : enquête de la commission des maladies mentales. » (circulaire de 1992)

Diverses propositions étaient faites dans le cadre de cette circulaire pour améliorer les articulations (équipes de psychiatrie, pôles d'accueil, liens aux équipes de secteur). Qu'en est-il plus de dix ans plus tard ?

Interventions :

- ***Les demandes d'aide en urgence à l'hôpital général. Regards des professionnels sur le fonctionnement de leurs unités: : Nathalie Vandevelde (cadre infirmier hôpital St Louis, membre de la cellule de réflexion de l'Espace Ethique.***
- ***L'accueil des malades psychiatriques aux urgences. Richard Sotto (infirmier, Réseau Santé mentale et précarité)***

Paris est divisé en 5 secteurs géographiques concernant les prises en charge en psychiatrie. Hôpital St Anne, Hôpital de Perray- Vaucluse, Hôpital Esquirol, ASM 13, Hôpital de Maison Blanche. C'est début 2000, sous l'impulsion de la DDASS, que des équipes se sont constituées (un infirmier temps à plein, un socio-éducatif temps à plein, un médecin à temps partiel). Charge à chaque équipe, en fonction des réalités de terrains des secteurs couvert par son hôpital de référence de proposer un dispositif mobile d'intervention, en interface avec le champ social et le champ sanitaire. L'équipe de Maison Blanche, dont je fais partie, couvre les 9ème, 10ème, 18ème, 19ème et 20ème arrondissements.

2) DES MODES D'ACTION SPÉCIALISÉS INNOVANTS

« Selon leur implantation, leur notoriété et leurs modalités de fonctionnement, les centres médico-psychologiques reçoivent plus ou moins d'appels et de consultations en urgence ; comme les centres de crise lorsqu'ils existent, ils sont souvent sollicités les premiers pour les situations de crise impliquant plusieurs partenaires (famille, entourage, services sociaux). Ils sont à même d'assurer une irremplaçable fonction d'intervention à domicile. Cependant, ils restent pour un grand nombre d'entre eux encore mal connus des professionnels comme de la

population, et leurs plages d'ouverture, variables, sont parfois insuffisantes. » (Circulaire de 1992)

Interventions :

- *Les Centres d'Accueil et de Crise : état des lieux. Patrick Chaltiel (psychiatre, Président Association Accueil)*
- *Le travail d'une équipe mobile, E.R.I.C. 78 (Équipe Rapide d'Intervention de Crise), Service Mobile d'Urgence Psychiatrique dépendant de l'hôpital CHARCOT*

3) LE SYSTÈME DU RECOURS EN URGENCE (Équipe du CESAMES engagée dans la recherche « Urgences » pour la MIRE)

A) Questions de recherche – la base du projet (Diaporama, Michel Joubert)

- 1) Il ne s'agissait pas de se limiter à ce que l'on appelle les « urgences psychiatriques » proprement dites, même si elles peuvent constituer un sous-ensemble de ce système (mode de diagnostic et de prise en charge de patients relevant de la psychiatrie dans des situations d'urgence)
- 2) Il ne s'agissait pas non plus d'aborder les hospitalisations sous contrainte (HO, HDT)
Plusieurs questions (**hypothèses**) étaient sous-jacentes à cette recherche :
 - 1) Les personnes qui ont la sensation d' « aller mal » sur le plan « psychique », et qui ne sont pas déjà engagées dans un protocole de soins, ont du mal à s'orienter dans l'état actuel de notre système de santé ? (C'est le problème de l'accès aux soins et à la prévention en santé mentale et pas seulement en psychiatrie – mis en avant dans les PRAPS¹ et les ASV)
 - 2) Quand s'ajoutent (ou se croisent) des questions de précarisation (fragilités, crises et ruptures de liens, exclusion) la prise en compte des situations est relativement compliquée, au regard de la manière dont sont aujourd'hui partitionnés les domaines sanitaires et social (croisements entre santé sociale et santé psychique faiblement intégrés, que ce soit à l'école, dans les dispositifs d'insertion, dans l'appréhension des conduites à risques)
 - 3) Comment l'organisation actuelle du dispositif de soins en santé mentale (psychiatrie publique) répond-elle aux différents cas de figure de la demande en urgence (critères et capacité à opérer les tris, orientations, coopérations), avec les deux volets principaux d'organisation (pédopsychiatrie / psychiatrie adulte)

B) Premiers résultats et nouvelles interrogations

- 1) *Les dispositifs formels et leurs zones d'ombre (Michel Joubert) :*
 - i. Paradoxe des logiques sectorielles, spécialisées et sectorisées
 - Complexité des voies et conditions d'accès pour les usagers (seuil élevé)
 - Des problèmes de coordination et de liaison avec les services de première ligne (urgences de l'hôpital général, médecine générale, services sociaux..)
 - création d'unités fonctionnelles de psychiatrie au service des urgences sous la responsabilité de médecins psychiatres (Ex.Aulnay)
 - Des expérimentations marginales à faible légitimité
 - ii.
- 2) *Le système pratique de recours aux soins en psychiatrie adultes et pour des problèmes de santé mentale en général*
 - iii. Protocole de travail sur le secteur centre de Paris (Présentation Pilar Giraux)
 - iv. Un complexe de facteurs / un dédale de recours : les sans-domicile comme situation limite – Pilar Giraux

¹ Circulaire DGS/6 C/DHOS/O 2/DGAS/DIV n° 2001-393 du 2 août 2001 d'orientation relative aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale : objectif de « répondre à l'urgence réelle ou ressentie (peu d'exclus accueillis de fait, dans les consultations du CMP en raison de délais d'attente trop longs, difficultés des équipes de psychiatrie à répondre aux demandes d'analyses de cas ou d'accompagnement formulées par d'autres professionnels, recours à l'hospitalisation, en général sous contrainte).

v. Les recours-résistances (Gaël Cocaux)

LES RECOURS-RESISTANCES (DIFFICULTES A ABORDER LES PROBLEMES PSYCHIQUES)

La notion de « recours-résistance » renvoie à l'attitude consistant à repousser le plus longtemps possible le moment de consulter un professionnel de la santé mentale. Elle peut prendre deux formes extrêmes qui interrogent le « système » :

- des recours semi-forcés, où seule l'intensité de la crise, le passage à l'acte ou le caractère insupportable de la souffrance ressentie, conduisent à laisser s'opérer l'induction vers les structures d'urgence ; avec des risques importants de volatilité du recours (passée la première consultation) ;
- des recours « refuges », où la possibilité de trouver un interlocuteur « par la force des choses » peut conduire à choisir l'urgence, par défaut, avec un risque de chronicisation de ce type de recours (emprise liée à l'importance d'avoir trouvé un référent, une attention)

Plusieurs pistes de réflexion pour la psychiatrie adulte (éléments provisoires) :

- Plusieurs paramètres relèvent du **niveau des usagers**

* L'appréhension vis-à-vis de la psychiatrie et de la stigmatisation liée à l'hospitalisation en psychiatrie qui conduit à n'y recourir qu'en urgence (réticences à prendre un rendez-vous ou à s'y rendre, à formuler une demande explicite,..)

** La méconnaissance du fonctionnement du secteur et de ses possibilités, avec un manque de lisibilité de l'offre de soins pour la population générale empêchant d'agir le recours d'une manière éclairée.*

** Le rôle de médiateur important assuré par la famille, l'entourage entre la personne en crise et le système de santé.. Le secteur, et notamment ici le CAPPCC, reçoit un grand nombre de patients pour lesquels la famille a participé à l'orientation alors que l'intra hospitalier, pour les 2/3 de sa file active, reçoit des personnes en hospitalisation sous contrainte, patients déjà connus et ayant souvent arrêté leur traitement à l'extérieur.*

L'entourage est donc un facteur de facilitation du recours volontaire en urgence à la psychiatrie :il permet de négocier l'accès en urgence puis de le relayer pour les orientations, suivis ou traitements.

- **au niveau des institutions**

* Des difficultés d'articulation en interne à l'hôpital peuvent susciter le découragement d'un usager venu en urgence chercher une réponse rapide à une situation qu'il juge catastrophique pour lui (Exemples ?). Principales figures (écueils) de l'accueil d'urgence : 1) le « tri sélectif » ne retenant – pour l'articulation avec les psychiatres - que les pathologies caractérisées (renvoi des autres à la médecine de proximité, à la prescription de psychotropes) ; 2) l'« étiquetage hâtif » pouvant conduire à des approximations invalidantes (médicalisation) ; 3) L'orientation « à fonds perdus » vers le secteur, sans moyen de pouvoir suivre son devenir (grosse déperdition pour les personnes les plus fragiles ne pouvant supporter les délais de rendez-vous).

Les CAC ont constitué une alternative à cette polarisation, avec la possibilité de procéder à des accueils « bas seuil » (sans rendez-vous, sans conditions) permettant de débroussailler la

situation de personnes pour lesquelles la nature du recours n'est pas encore claire, tout en répondant au sentiment d'urgence.

* Il peut également y avoir méconnaissance et absence de travail en commun entre institutions indépendantes, ne rendant pas aisée la circulation des usagers entre les structures, ou ne permettant pas d'établir ensemble un diagnostic partagé.

Cas de C. (19 ans, famille dissociée, problèmes au lycée, crise d'angoisse la conduisant à une prise abusive de psychotropes) Elle a été orientée à quatre endroits chacun posant un diagnostic différent et préconisant des prises en charges conséquentes:

- une clinique privée : pour qui la situation aurait pu être prise en charge par un psychologue (thérapie), sans qu'il soit besoin d'entrer dans la logique de secteur ;
- un EPS : où un diagnostic de schizophrénie a été posé ;
- le CMP où on considérerait qu'il y aurait là un noyau de « souffrance intraitable » (enfant né hors père-mère, séparation au moment de la grossesse ; approche lacanienne) ;
- le CAPPCC, où on a choisi de prendre le temps de voir ce qui faisait symptôme avant d'opérer le diagnostic. Il est noté que cette jeune fille était décrite comme victime d'une instabilité permanente ; qu'elle « débordait dans le relationnel » (affrontement aux autres quand son père ne venait pas la voir) et qu'elle n'assumait aucun de ses passages à l'acte

Enfin, C. revenait toujours en situation d'urgence au CAPPCC refusant ou mettant en échec tout suivi qui aurait pu s'opérer dans un autre cadre. On peut pointer une interrogation. L'équipe du CAPPCC s'est interrogé sur la pertinence de l'orientation de départ : N'aurait-il pas été possible de se cantonner à un travail de proximité avec une psychothérapie ? L'entrée dans le « circuit » n'a-t-elle pas induit la constitution d'un système d'interpellation (plainte, crise) et de modalités de passage à l'acte (TS) venant se caler sur la perception de l'institution (psychiatrie de crise) devenue, de fait, référente pour la personne ? Dans ce cas là, l'espace de recours en urgence conduit à effectuer une « prise en charge par défaut ». Cette jeune fille reviendrait sur le « lieu de l'urgence » pour dire combien « on doit s'occuper d'elle », à défaut d'avoir trouvé un autre lieu (+ la TS comme mode d'accès à une aide)..

L'adaptation au système sans donner de réponse satisfaisante à la souffrance de cette personne aurait pu la figer dans une vision ultra-stigmatisante de sa situation.

Ce cas me procure une transition facile vers la présentation du dispositif de pédopsychiatrie puisque qu'une des difficultés rencontrées pour cet usager est qu'il avait 17 ans et avait été renvoyé sur le secteur adulte car il allait bientôt avoir 18 ans.

b. Le système pratique pour les adolescents (Isabelle Maillard)

« Il apparaît très souhaitable de proposer le plus souvent possible aux adolescents et jeunes adultes un temps d'hospitalisation afin de bâtir un projet thérapeutique, et, d'organiser la continuité des soins. Ce type d'hospitalisation requiert si possible un lieu adapté et une équipe motivée, disponible et compétente. Cette organisation se mettra en place avec l'appui de l'équipe de psychiatrie infanto-juvénile » (circulaire de 1992)

« Concernant l'aide aux jeunes marginalisés un partenariat entre le médical, le social, l'insertion et l'action éducative doit être systématiquement recherché. Certaines actions de santé innovantes, interpartenariales et devant faire l'objet d'évaluation et de valorisation s'inscrivent dans le cadre de la politique de la ville et des dispositifs d'insertion » (circulaire PRAPS/ santé mentale op cit).

- i. Protocole du travail en pédo-psychiatrie (Aulnay / Asnières-Gennevilliers)
- ii. Schéma des ressources et circuits utilisés par un inter-secteur
- iii. Articulation à la protection de l'enfance

c. Les accès périphériques: Les circuits téléphoniques (Chantal Mougin)

- Numéros **15, 18 ou 112** regroupés à la centrale téléphonique de la BSPP traités par les **Pompiers** ou le **Samu** selon la proximité des casernes ou centres respectifs avec le lieu où intervenir. Temps moyen = 10 mn : envoi de 2 secouristes pour rassurer, consulter ou faire venir un médecin (19 mn), éventuellement hospitalisation. Demandes d'ordre psychiatrique traitées comme les autres avec l'objectif de passer le relais.
- Le **Samu social** ayant pour fonction principale la résolution de questions d'hébergement, toute personne ayant besoin d'une aide ou de soins d'ordre psychiatrique serait dirigée vers l'hôpital Esquirol.
- **SOS Psychiatrie** association issue de SOS Médecins, une quinzaine de médecins psychiatres. Un standard reçoit les appels, puis les passe au psychiatre de garde. Deux sortes d'appels : demandes de conseils pratiques et d'informations, dont 95 % proviennent de personnes ayant un contact psy et donc suivies par ailleurs /demandes en vue d'une hospitalisation, provenant de patients ou de leur entourage (HDT). Un tiers de patients hospitalisés « récalcitrants ».
- **Urgences Psychiatrie** (écoute psychiatrique) travaille avec **SOS Dépression** (écoute téléphonique par des psychologues). 24 h/24 sur les 2 lignes, 20 000 appels par an pour Urgences Psychiatrie (28 par jour, dont 15% sont une demande d'intervention). Une moyenne de 2 visites par jour à domicile est effectuée, aboutissant pour 45% à une hospitalisation.
- Les difficultés croissantes de prise de rendez-vous avec un psychiatre en ville, en CMP ou à l'hôpital multiplient ces appels, ainsi que les difficultés éprouvées par certains à entamer une rencontre psychiatrique. Le téléphone sert d'écran et facilite la prise de contact, pour les patients comme pour l'entourage. **SOS Dépression** reçoit près de 10 000 appels par an
- Montée des « pathologies sociales induites » (harcèlements au travail, violence professionnelle) croissance de la maltraitance professionnelle ; importance de l'isolement

14 heures - 16 heures

Urgences vécues – le point de vue des « usagers »

Modérateur : Antoine Lazarus (professeur de santé publique)

Discutant : Laurent El Ghazi (Maire-adjoint à la santé de Nanterre)

ASSOCIATIONS

« Les associations réunissent des parents, familles et amis de malades mentaux, des malades ou anciens malades, ou des acteurs de santé mentale d'horizons variés, pour la promotion d'action innovantes ou complémentaires des prestations offertes dans les services de soins. Elles établissent des réseaux de solidarité. Certaines d'entre elles créent et gèrent des structures de soins ou d'aide destinées aux malades mentaux. Elles sont, pour la population, des interlocuteurs et des appuis indispensables et, pour les services de soins (et notamment les services spécialisés), des partenaires sans équivalent. » (Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

Interventions de plusieurs associations :

L'ASSOQUETTE, ASSOCIATION DES USAGERS DE LA ROQUETTE, CENTRE D'ACCUEIL ET DE CRISE DE LA ROQUETTE (C.A.C.). Intervenante : Carol Muller, Présidente de l'Assoquette

En décembre 2002, les patients-usagers du centre d'accueil et de crise de la rue de la roquette, paris 11 apprenait la nouvelle de la fermeture brutale de leur lieu de soin par l'administration de l'hôpital esquirol. Aussitôt, ils se sont mobilisé, regroupé en association pour protester contre cette mesure qui mettait en cause cette structure dont il apprécie le fonctionnement et l'offre de soin. En collaboration avec l'équipe soignante du CAC ils ont alerté les médias et les élus. En mars 2003, le centre a réouvert grâce à leur démarche et l'hôpital Esquirol s'est engagé à recruter du personnel. Depuis le centre fonctionne 5 jours sur 7, le recrutement infirmiers n'a pas été mené jusqu'au bout puisque entre temps les médecins chef de la CME d'Esquirol ont décidé avec l'aval de l'administration de réactiver un projet de fusion, qui avait été abandonné précédemment, entre le Cateb Reuilly 12 et le CAC la roquette . Les patients savent que si ce projet voyait le jour, leur CAC ne pourrait survivre à une population qui aurait doublé. Il redoute que celui-ci y perde son âme pour devenir un service d'urgence de plus dans une société où précisément le besoin est pressent d'une appréhension fine de la crise qui suppose prévention et suivi psychiatrique.

ADVOCACY France

Martine DUTOIT présidente d'advocacy-France, Florence Leroy Présidente Advocacy-Paris île de France et un usager de l'Espace Convivial de Paris (Eric Colas à confirmer)

L'Association Advocacy-France fait travailler ensemble des usagers et des non usagers (famille, professionnels membres de la société civile) pour faire entendre le point de vue des personnes stigmatisées et disqualifiées par leur passage dans les services de psychiatrie. Il s'agit des pratiques de l'advocacy, comme soutien de la parole, aide aux recours, introduction d'un tiers. Depuis sa

création l'association répond concrètement à des demandes d'intervention (curatelle, hospitalisation, accès aux droits, citoyenneté). La question de l'urgence est donc au cœur de son expérience et des témoignages recueillis: qui dit l'urgence ?, comment prend -t-on en compte l'appréciation de la personne sur son état ? abus de prise en charge et refus de prise en charge ? quelle prise en compte de la personne co-producteur et acteur du soin ?

Association France DEPRESSION : Stéphanie Wooley, Présidente

La prise en charge en urgence, et particulièrement lorsque celle-ci est vécue pour la toute première fois en psychiatrie, conditionnera par la suite le pronostic, la "compliance", et même la vie du malade.

La disparité de mise en œuvre de la loi et de l'accès aux soins doit s'arrêter. Il est difficile à croire de nos jours que simplement parce que l'on habite tel ou tel arrondissement, telle banlieue, voire telle Région, l'expérience qu'on fera de l'accueil en psychiatrie sera aussi différente que la nuit et le jour.

En ce qui concerne ces structures, les mesures suivantes sont celles qui sont souvent évoquées et réclamées par nos adhérents :

- le développement de Centres d'Accueil et de Crise avec la possibilité d'une hospitalisation de courte durée. Ces Centres pourraient notamment être utilisés pour instaurer une période d'observation de 48 à 72 heures avant toute hospitalisation sans consentement,
- le développement de structures d'accueil intermédiaires recevant sans rendez-vous ou avec peu d'attente pour "dédramatiser les choses",
- le développement de visites de psychiatres à domicile,
- l'accès à un psychologue remboursé par la Sécurité Sociale,
- le droit de faire un « testament vivant » décrivant le traitement approprié choisi par le patient d'avance en cas d'hospitalisation, le droit d'avoir son « consentement éclairé » exercé par un représentant que le patient aura désigné lui-même,
- une information claire, loyale et accessible sur le diagnostic et la thérapeutique proposée, les avantages et les risques du traitement, le droit d'obtenir une deuxième, voire un troisième avis médical, la proposition de choix, y compris un choix de thérapies non médicamenteuses. Il s'agirait de proposer plutôt que d'imposer.

Ce sont des mesures qui pourraient aider en amont les personnes en détresse et peut-être éviter ainsi les rechutes et des hospitalisations plus longues.

D'autres associations participantes (Contact-schizo..) seront susceptibles d'intervenir et de contribuer à la discussion.

2) Trajectoires, difficultés, interrogations (une partie de ces points sera abordée plus précisément l'après-midi)

- a. La difficulté à entrer dans le circuit d'aide et de soins en santé mentale (exigences, demandes, passages obligés, visibilité)
- b. L'urgence comme alternative à la prévention et aux soins (difficulté à faire jouer des sas de clarification de problématiques)
- c. Les chaînons manquants dans le système, différenciation des zones de compétence (entre les soins spécialisés, les dispositifs d'écoute et de soutiens, le travail de proximité assuré par un certain nombre de travailleurs sociaux et

d'associations) : comment mieux faire apparaître les complémentarités, les croisements ; quels « sas » pour les personnes qui ne se reconnaissent pas dans les formes institutionnelles de catégorisation des pathologies mentales ?

- d. Frontières consentement / non consentement : abus, maltraitances, détresse des personnes, mauvaise gestion des tensions au sein des familles et de l'environnement proche des personnes en difficulté, ...
- e. Errances et stratégies de recours des personnes confrontés à une souffrance vécue comme insupportable (sentiment d'urgence)