

## Compte rendu de la séance du 20 Mars 2014

Madame Pennel excuse Monsieur Manzini et annonce que depuis quelques semaines de très sérieux ennuis de santé l'empêchent d'avoir la disponibilité physique nécessaire pour porter les objectifs de l'ARS et il a décidé de conclure sa mission de délégué territorial du Val-d'Oise.

Les membres de la Conférence de Territoire adressent à Monsieur Manzini leur témoignage de sympathie.

Madame Rousseau ouvre la séance en indiquant que la conférence de territoire de ce jour a été complètement portée par le bureau, et notamment par Madame Françoise Jallat, Présidente déléguée de l'UNAFAM du Val-d'Oise, qui a effectué un travail remarquable. La prochaine conférence de territoire portera sur la « *démocratie en santé* » ; Madame Rousseau précise qu'il est difficile pour les usagers d'avoir une parole qui a du poids et qu'il faut que tous aient une parole qui est une même force.

### **I - Actualités de la conférence de territoire**

- Remplacement de Monsieur Marc Giroud, personne qualifiée de la Conférence de Territoire, par Madame Foinant Michèle - Directrice de la Fondation Léonie Chaptal à Sarcelles.

### **II - 2<sup>ème</sup> volet sur la maladie psychiatrique : la santé mentale des adultes**

#### **1°) La gestion de la crise - Présentation Dr Cédric RAMAUT - SAMU 95 (diaporama n° 1)**

Monsieur Aubert intervient en indiquant qu'un hôpital est là pour soigner et non pas pour priver de droit le citoyen. C'est l'état qui peut priver quelqu'un de liberté. C'est très complexe et la Préfecture, la Police, les Maires ne savent pas toujours ce qu'il faut faire. Le certificat médical ne peut pas émaner d'un médecin de l'hôpital car on ne peut pas être juge et partie.

Monsieur le Docteur Mesure précise que la loi de juillet 2011 permet des dérogations que l'on utilise. Un malade peut arriver à l'hôpital sans certificat médical s'il se trouve en péril imminent et il peut y avoir un seul certificat du médecin de l'hôpital. On peut également hospitaliser sous contrainte sur demande d'un tiers avec un certificat qui doit émaner d'un médecin extérieur.

Madame Rousseau indique qu'il y a une méconnaissance de la loi de 2011 et de l'application qui en est faite.

Monsieur Aubert confirme que le droit est vraiment méconnu et des procédures exceptionnelles sont alors engagées. La procédure à la demande d'un tiers : ce tiers était soit le directeur de garde, soit l'assistante sociale de l'hôpital et non pas la famille ou l'entourage. Pour que ce soit à la demande d'un tiers, il doit exister un lien familial avec le patient. On contourne toujours le droit et dès que l'on met une mesure d'exception cela devient la règle car on n'arrive pas à appliquer la mesure normale.

Madame Jallat demande si les régulateurs du SAMU ne peuvent pas être formés à la maladie psychiatrique et si des réunions ne peuvent pas être organisées entre le SAMU, les pompiers, la police, les usagers.

Monsieur Ramaut répond que les pompiers et les forces de l'ordre se sont déjà réunis pour discuter de cette problématique et que le SAMU rencontre dorénavant moins de difficultés avec les forces de l'ordre lorsqu'il y a besoin d'une contention physique.

Madame Pennel précise que la Préfecture a déjà été à l'origine d'une réunion entre le SAMU, les pompiers, et l'ARS mais qu'elle va relancer le sujet auprès des services de Monsieur le Préfet.

## **2°) Les urgences et l'hospitalisation - Présentation Docteur G. Mesure (diaporama n° 2)**

Madame Jallat pense que l'HAD est une solution intéressante car la famille n'a pas envie de laisser le malade à l'hôpital. Elle indique qu'il y a un FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) de 48 places qui va s'ouvrir en juin prochain à Menucourt pour les malades psychiques. Madame Jallat précise également que l'idée de communication entre tous les secteurs va dans le sens souhaité par l'UNAFAM.

Madame Rousseau indique que c'est la première fois qu'elle entend un psychiatre accepter de parler d'organisation des soins.

Monsieur Mesure répond qu'une grosse part des psychiatres refuse de gérer la nouvelle souffrance sociale ; la souffrance psychique est infiniment plus large que la maladie mentale. Pour les méthodes psychiatriques, elles restent très différentes selon les secteurs. La psychiatrie n'a pas à être à part des autres disciplines. Les méthodes les plus efficaces ont vocation à être généralisées.

Monsieur Lachghar précise qu'il faut avoir une nouvelle manière de penser et une nouvelle culture. Ce n'est pas le patient qui se déplace mais le médecin pour améliorer la prise en charge globale psychiatrique.

Monsieur Kassel indique qu'en interne, au centre hospitalier de Pontoise, les lits et places des différents secteurs ont été regroupés en une seule et même unité ; il n'y a plus de lit réservé à tel secteur. Il y a deux avancées par rapport à la prise en charge des urgences : sur les financements, certains actes peuvent être financés par l'activité (T2A) et dans le cadre de la CHT, un pôle de territoire va être créé entre les services de Pontoise et du Chipon : les psychiatres vont construire eux-mêmes la manière dont ils veulent travailler.

### 3°) Le retour en ville : les structures médico-sociales - Présentation de Madame Estelle Templier éducatrice spécialisée et Madame Marie Christine Puchercos du CMP d'Argenteuil

La présentation porte sur l'importance des structures médico-sociales et sociales dans le rétablissement des malades et va s'appuyer sur notre pratique professionnelle. Pas de chiffre, ni statistique mais seulement notre travail au quotidien : la recherche d'un mieux-être, le déclic pour accompagner autrement le patient et sa famille.

Marie-Christine et moi travaillons au CMP depuis quelques années, lieu rattaché au centre hospitalier et décrit comme le pivot de la prise en charge ambulatoire des patients psychotiques. Une de nos missions est de s'articuler avec nos collègues des services d'hospitalisation, des Urgences, de l'HAD, des HDJ et des hébergements associatifs. Cette articulation est déjà une longue histoire avec des axes d'approches différentes en fonction du lieu de prise en charge. Le temps de la crise, le temps du patient et le temps du CMP ne sont pas les mêmes. Il faut pouvoir travailler avec nos limites et nos forces. C'est pourquoi le travail avec les différents acteurs de la cité du patient permet d'étayer différemment notre prise en charge et d'apporter un autre souffle, voir même une ouverture.

Le groupe Réseau Ville Hôpital est un groupe de travail qui existe depuis plus d'une dizaine d'années sur le département adulte. Au fur et à mesure, il s'est organisé, construit en fonction des besoins des professionnels du secteur. Il nous est apparu important de réfléchir avec des collègues de différentes formations sur l'ensemble du département de psychiatrie adulte. Le groupe est constitué d'ergothérapeute, d'infirmière, d'assistante sociale, de psychologue de psychiatre et d'éducateur spécialisé. Il est à souligner que nous n'avons aucun financement pour fonctionner. Cette complémentarité nous a permis dans un premier temps de partager nos savoirs et ensuite de mieux cibler nos manques de connaissances et nos besoins. S'ouvrir pour échanger sur la question de la nature de l'accompagnement, chercher, inventer et mettre en œuvre des prestations qui viennent compenser les effets du handicap. Ce point est central dans notre pratique, en effet prendre en compte ne signifie pas seulement répondre mais implique de chercher, parmi les ressources du territoire, des acteurs susceptibles de contribuer à satisfaire aux besoins repérés et aux demandes énoncées par la personne. Ce travail en amont a été et est très riche. Il permet de se présenter aux partenaires, de parler de nos champs d'action mais aussi de nos limites respectives.

Ce travail de Réseau a permis aujourd'hui la mise en place de quelques conventions partenariales et d'institutionnaliser des réunions de travail trimestrielles avec des partenaires extérieurs.

Présenter le travail de secteur psychiatrique aux différents acteurs permet de sortir de cette idée réductrice que les patients sont des malades à l'hôpital mais également des personnes qui ont une place dans la cité qui parfois ont besoin que nous les aidions à s'en convaincre. Ces rencontres dé-diabolisent les institutions et permet de comprendre les champs et territoires d'actions de chacun. Et dans ce domaine il est loin d'y avoir une uniformisation.

J'avais envie de vous présenter comment nous avons commencé à travailler avec l'Unafam.

A l'époque, je venais d'arriver sur le département de psychiatrie adulte, le groupe était constitué de 4 personnes. L'Unafam nous sollicitait afin de nous faire part des difficultés rencontrées par les familles de patient et décrivait une non reconnaissance de leur quotidien avec leur enfant ou leur époux ou autre. Mr Lecomte souhaitait travailler avec nous afin de faire bouger un peu ce manque de reconnaissance de la famille, et le besoin de ne pas être tenu complètement à l'écart mais entendu dans leur détresse et voulant être associé pour une recherche de mieux être familial..

La culture de travailler avec les familles ne va pas de soi, nous savons bien qu'il y a la question du secret professionnel, la question de la mise en place de l'alliance thérapeutique. Enormément de raison et de possibilité de ne pas faire en sorte de croiser nos chemins.

Nous avons reprécisé comment s'organisait notre secteur G05, G06 et G13, nos articulations entre l'intra hospitalier et l'extra hospitalier. La création de notre groupe famille est ainsi apparu. Nous avons commencé à nous croiser un peu plus et puis au fur et à mesure nous avons un peu plus uni nos forces dans l'intérêt des patients. Le regard de l'Unafam, toujours en alerte pour proposer des solutions, est venu bousculer le nôtre. C'est ainsi que depuis 2005 nous nous rencontrons régulièrement, nous avons soutenu le projet du GEM sur Argenteuil qui n'est pour l'instant seulement un pré-Gem. Nous participons depuis 2009 au débat qui suit la diffusion du film choisi par l'Unafam dans le cadre de la semaine nationale du handicap psychique. Et puis récemment le travail sur la Résidence d'accueil qui a mobilisé de nombreux acteurs.

### **1- Association tutélaire ATIVO**

Depuis 2009, nous nous rencontrons une fois par trimestre. Ce partenariat est né après une grosse incompréhension entre nos 2 services. Nous avons l'impression d'avoir porté à bout de bras une patiente pour qui un projet de vie devait s'opérer. Partir dans une maison de retraite atypique en Province.

A- Qui doit se charger de l'accompagnement alors que le lieu de vie est proposé par l'ATIVO

B- Que comprend la formule : défendre les intérêts de son majeur...

C- Qu'est ce qui est du soin ou s'arrête notre accompagnement.

Nous avons accompagné la patiente dans son nouveau lieu de vie, rencontré le secteur psy, acheté les meubles, les monter... Nous avons été au-delà de nos attributions, tout en étant heureux que l'installation soit faite mais avec quelques griefs contre la tutrice de cette patiente. La maison de retraite était à coté de Parthenay.

La réunion de « mise à plat » a été intéressante, tendue dans un premier temps mais a débouché sur l'idée que nous pourrions peut-être travailler plus en amont ensemble dans l'intérêt du patient. Ces échanges ont permis de mettre en évidence nos difficultés réciproques de travailler avec tel ou tel majeur, que la question du traitement n'était pas la seule réponse pour assurer une stabilité clinique et d'autre part recevoir son argent le lundi ne signifiait pas non plus la possibilité de tenir son budget et de pouvoir se nourrir toute la semaine. La maladie s'impose au patient et nous ne pouvons l'accompagner que s'il le peut et le souhaite. Ce constat fait, nous avons pu continuer. Nos rencontres sont l'occasion de réfléchir à ce que nous pourrions inventer ensemble et non chacun dans son coin. La cohérence de la prise en charge est parfois un levier pour permettre au patient de se servir de nous.

Effectivement nos patients sont parfois sans famille ou dans un isolement qui conduit le service de soin à pallier des manques. Par exemple, pour acheter un lit par internet, il faut penser au montage ; mais le coût du lit avec le montage double le prix... Et donc il n'y a plus de sous pour une télévision. Oui mais la télévision était une priorité pour le patient.

On peut se dire que le mandataire judiciaire exagère en facturant un montage ou alors que l'équipe qui fait la visite à domicile pourrait bien le faire, puisqu'elle est sur place...

Ces questions, dans l'accompagnement de nos patients, embolisent souvent nos temps de réunion. En réalité nos champs de compétence s'arrêtent là et il est parfois difficile de se dire « ce n'est pas grand-chose nous pourrions peut être le faire ».

Ce temps d'échange a permis de mieux nous connaître, de mieux s'articuler lors des sorties d'hospitalisation, de combiner nos stratégies d'accompagnement, et d'avoir des nouvelles de nos patients qui sont hors du soin.

### **2- Le travail avec la Mission Locale**

Une convention a été signée en 2010. Son objectif est de faciliter l'orientation vers les CMP pour les jeunes présentant des troubles psychiatriques. L'évaluation est faite au préalable par la référente du Point Santé. L'objectif est de permettre au jeune de rester dans le dispositif d'insertion professionnelle au maximum. Ce partenariat permet de rassurer chacun, de réfléchir à un parcours individualisé et de mutualiser les connaissances. Cette prise en charge répond à la fois aux limites et aux forces de chacun.

Ce travail de repérage, d'évaluation et d'orientation permet de ne pas tomber dans une impasse et d'aider le jeune à mettre des mots sur ce qui se passe. Cette articulation et cette volonté de va et vient, vont permettre au jeune de voir ce qui peut être proposé d'un côté ou de l'autre. Ceci permet aussi de rassurer les équipes, de consolider un mieux-être par un passage en HDJ avant une reprise en formation. Poser des repères et laisser le jeune nous utiliser est profitable pour chacun, cela facilite la mise en place de son projet et l'autorise à nous solliciter. Ce travail est un travail de fourmi, des temps de rencontre avec ou sans le patient avec parfois des réussites et parfois des impasses. L'étiquette psy n'est pas une fin en soi mais une fragilité qui demande à trouver des ponts. Chaque étape dans le parcours du patient demande d'avoir des idées, des liens avec l'extérieur. Le CMP est et reste un lieu de soins mais doit être un tremplin pour trouver retrouver ou maintenir sa place dans la cité.

**En conclusion, les mots : articulations, repères, utilisés, inventer reviennent souvent dans notre présentation, ils représentent la richesse de notre travail, un confort et un gain de temps pour accompagner les patients. Sans oublier d'écouter et de se laisser guider par ce que le patient nous amène à partager.**

Madame Jallat indique que l'idée de l'UNAFAM est de mettre les différents partenaires en réseau. Il n'existait aucune structure d'hébergement en ville pour les handicapés psychiques sur le Val-d'Oise. L'initiative a été prise de réunir une fois par trimestre, les soignants, les gestionnaires de structures, les travailleurs sociaux, les bailleurs, l'ARS, le Conseil Général, la Cohésion Sociale. Ces réunions sont très fréquentées. Le projet est de créer 3 résidences d'accueil, dans laquelle chaque malade dispose d'un studio, des locaux collectifs (prise de repas, salle de TV...) et il y a en permanence la présence d'un couple d'hôtes. Pour les malades psychiques, trouver un logement c'est compliqué, se maintenir dans le logement est quasi impossible s'ils ne sont pas accompagnés.

#### **4°) Travail en réseau - les CLSM (Conseil local de santé mentale) - Présentation de Madame Aude CARIA, directrice du PSYCOM (diaporama n°3)**

Avant de commencer sa présentation, Madame Caria indique que PSYCOM a édité 5 collections de brochures sur les droits des handicapés qui ont pour but d'améliorer le niveau de connaissance des différents partenaires des territoires. Un guide sur la santé mentale du Val-d'Oise devrait paraître fin 2014. Coordonnées : PSYCOM - ☎ 01 45 65 86 74 - ✉ [contact@psycom.org](mailto:contact@psycom.org) - [www.psycom.org](http://www.psycom.org)

Madame Caria précise également que l'intervention des équipes mobiles en amont au domicile diminue fortement le recours à l'hospitalisation. Dans le Nord de la France, le taux d'occupation des lits est passé de 100 % à 22 %. L'équipe mobile est constituée d'un psychiatre, une infirmière, un psychologue qui interviennent en cas de crise. Les soins à domicile sont différents de l'HAD car l'équipe mobile fait des soins intensifs à domicile, le domicile devient alors le lieu de soins. L'HAD permet de développer le soin dans la communauté, le soin au plus proche, la prise en charge intensive à domicile.

Madame Caria indique que PSYCOM intervient auprès des élus pour une sensibilisation lors de la mise en place de CLSM.

Madame Pennel précise qu'une réunion collective d'information, avec les maires qui avait déjà signé un CLS (contrat local de santé) et dont des problématiques de santé mentale avaient déjà été identifiées, a été organisée par la DT 95. Un CLSM va être créé sur l'est du Val-d'Oise. Ailleurs, les arguments principaux des maires qui n'ont pas donné suite ont été le refus de s'engager financièrement à la fin de leur mandat. Madame Pennel indique qu'après les élections, une nouvelle réunion pourrait être organisée avec l'appui du PSYCOM pour mobiliser les nouveaux élus sur d'autres secteurs.

Madame Rousseau indique que l'équipe mobile gériatrique psychique fonctionne bien et qu'elle se déplace en maison de retraite. Elle permet de stabiliser les patients car un malade psychique vieillissant ne se traite pas de la même manière.

Monsieur Aubert précise que l'intervention de l'équipe mobile au domicile ou en EHPAD doit être bien acceptée par les médecins de ville car l'équipe mobile dépend parfois d'un hôpital et les médecins traitants acceptent assez mal ces interventions.

Madame Rousseau indique que certes c'est difficile de faire bouger les choses. On est à un tournant de la prise en charge de la santé. L'équipe mobile gériatrique psychique est assez bien acceptée par les médecins généralistes. Pour ce qui est de l'équipe mobile de soins palliatifs : les médecins généralistes ont des difficultés à prendre en charge les soins palliatifs car il faut des connaissances particulières et on se heurte souvent aux difficultés d'acceptation des médecins généralistes.

Monsieur Mesure souligne qu'il y a peu d'équipe mobile en psychiatrie. Il faudrait avoir une étude qui démontre les obstacles, les résistances et savoir pourquoi.

Monsieur Lachghar indique qu'en quelque temps l'hôpital est en train de changer et il y a beaucoup de travail mais il faut continuer à avancer.

Monsieur Boissel indique qu'une analyse globale de terrain a été faite par REPIES sur les soins palliatifs dans les EHPAD et que plus de 7 000 personnes vont avoir accès à ces équipes mobiles de soins palliatifs. La position du réseau est de développer et travailler en partenariat avec les hôpitaux de façon à faire venir les professionnels dans les EHPAD.

Madame Rousseau remercie l'ensemble des membres présents et les intervenants pour leur participation et la qualité des interventions. Elle rappelle que la réunion de la conférence de territoire du 10 avril 2014 est annulée et que la *prochaine réunion qui se tiendra le 22 mai 2014 aura pour thème « la démocratie en santé »*.