

COMPTE RENDU DE RÉUNION

RÉUNION DU GROUPE « SITUATIONS INDIVIDUELLES EN DIFFICULTÉS »

Réunion du 4 mai dans les locaux du FJT Etap'habitat.

Participants (cf. feuille d'émargement en fin de document) :

RAPPEL DE L'ORDRE DU JOUR

- Définir un projet commun à partir des constats et propositions formulés lors des précédents temps d'échanges.
-

PROCHAINE RÉUNION

13 juin de 10h00 à 12h00 à la MDA de Metz.

DÉCISIONS

- Poursuivre la réflexion pour préciser les contours d'un projet.
- Inviter un représentant de la psychiatrie publique et de l'ARS à l'une des prochaines réunions.
- Prendre contact avec l'équipe mobile de Moselle est pour s'informer sur le fonctionnement de leur service.

POINTS D'INFORMATION

Fonctionnement des groupes projets

Plusieurs personnes participent pour la première fois à une réunion dans le cadre du CLSM. Après un tour de table de présentation, Stéphane TK fait quelques rappels l'organisation et le fonctionnement du dispositif, en particulier des groupes projets. Le [site internet](#) est disponible pour télécharger l'ensemble des documents utiles au suivi du dispositif et à la participation sur les thématiques travaillées.

Information sur les instances locales de concertation

À l'occasion des précédentes réunions, l'une des actions proposées concernait une meilleure prise en compte de la santé mentale dans les instances locales existantes.

Deux documents sont remis qui présentent ces instances :

- La veille sociale messine organisée par le Centre communal d'action sociale de la ville de Metz (cf. page de présentation sur le site de la ville de Metz : <https://goo.gl/hQPdn2>).

- La Commission des situations atypiques pilotée par la Direction départementale de la cohésion sociale dans le cadre du Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées (cf. page 66 du 7^e PDALPD 2014 – 2018 : <https://goo.gl/VZCBwa>).

Stéphane TK ajoute que ces instances ont des missions qui couvrent en partie seulement la complexité des situations individuelles telle qu'elle est entendue par les participants de ce groupe (cf. [compte rendu de la réunion du 15 mars](#)).

Dates des prochaines réunions

Les participants sont informés des dates des prochaines réunions (cf. [agenda en ligne](#)).

DISCUSSION

Synthèse de la réflexion en sous-groupes

La restitution des échanges est disponible en [annexe](#).

Constats	Propositions
<ul style="list-style-type: none"> • Défaut de fonctionnement du SPUL. • Manque de moyen de l'hôpital de Jury. • Manque de réactivité des services médicaux. • Contrainte de la démarche de demande d'hospitalisation d'office. • Difficulté d'obtenir une intervention de la psychiatrie dans les structures. • Délais longs d'attente pour une prise en charge dans une situation d'urgence psychiatrique. 	<p>Installer une concertation de « veille psychiatrique dans la cité » visant à réunir les principaux acteurs concernés dans le but :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de partager l'évaluation ; - d'améliorer la mobilité de la psychiatrie publique ; - de favoriser le partage d'outils interopérables ; - d'améliorer la liaison entre le 115, les structures et l'hôpital ; - de permettre la prise en charge par un médecin (procédure, convention).

Les participants partagent comme principal constat l'absence d'une présence psychiatrique de proximité. La piste d'action envisagée est de réunir les acteurs concernés autour de ce qui pourrait s'appeler « veille psychiatrique » dans le but d'améliorer la situation actuelle.

Il est convenu d'inviter à l'occasion d'une prochaine réunion un représentant de la psychiatrie publique et de l'Agence régionale de santé.

Un contact sera pris également avec l'équipe mobile qui intervient en Moselle est pour connaître leur fonctionnement. Cette équipe est composée notamment d'une infirmière en psychiatrie détachée d'un CMP. L'expérience de ce dispositif pourrait servir de modèle.

ANNEXE

Restitution des échanges en sous-groupes visant à explorer les idées d'action pour aller vers un projet commun

Groupe 1 : Metz habitat territoire / Etap'habitat.

Bernard PANIEL, directeur de services à Etap'Habitat fait part de la difficulté pour sa structure à bénéficier d'une intervention de la psychiatrie publique. Il donne l'exemple d'une personne dont le comportement constituerait un trouble sur la voie publique en précisant qu'une ho (hospitalisation d'office) serait mise en place par le maire. Cela n'est pas possible au niveau d'une structure. Il fait remarquer également que la difficulté ressentie est liée au manque de moyen de l'hôpital de Jury.

Pour sa part, Laëtitia COLLIN, CESF du CCAS fait remarquer que l'évolution de la législation concernant l'hospitalisation en soins psychiatriques ajoute de la difficulté au travail des intervenants sociaux. Les professionnels se heurtent au principe de liberté. Il y a quelques années, le droit du patient¹ a changé avec comme contrepartie beaucoup plus de lourdeur pour des situations pour lesquelles il faudrait être assez réactif médicalement parlant.

D'autres participants font remarquer que c'était nécessaire de modifier la loi par rapport à certains abus. Ils constatent qu'il y a effectivement besoin d'avoir un peu plus de latitude. Mais pour cela, il suffirait d'avoir un médecin qui lui serait décisionnaire et qui peut avoir des moyens d'action au niveau du droit du patient.

Selon Marie-Laurence ROMAIN, pilote MAIA, cette situation pointe surtout le manque de réactivité médicale. Il y a un manque de présence médicale pour beaucoup d'autres problèmes. À domicile, il n'y a plus de médecins.

Maud THEOBALT explique qu'en rue, les travailleurs sociaux savent qu'en une personne n'est pas en capacité de prendre une décision consciente. Or dans les faits, il faut du temps et des moyens pour pouvoir amener les gens à agir par eux-mêmes.

À partir de ces constats, le groupe propose une idée d'un projet construit autour des 5 actions :

¹ La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est effective depuis le 4 mars 2002. Elle a pour objectif de développer la démocratie sanitaire (titre I^{er}), d'améliorer la qualité du système de santé (titre II) et de mieux réparer les risques sanitaires (titre III).

- Mettre en place une équipe mobile psychiatrique.
- Mettre en place une procédure pour saisir et identifier un médecin.
- Améliorer la liaison entre le 115, les structures et l'hôpital.
- Partager des outils de manière interopérable.
- Partager de l'évaluation.

Cet ensemble d'actions vise à installer une « veille psychiatrique de la cité ». Une sorte de grand service de coordination de la prise en charge psychiatrique. Il s'agirait d'une cellule de veille mobile bénéficiant de moyen et de réseaux connus et identifiés permettant de la mettre en route rapidement. Elle doit être opérationnelle 24/24.

Il s'agirait de la mort du SPUL pour que celui-ci devienne un service plus grand. Le SPUL serait intégré à l'intérieur de ce service.

Il s'agirait également d'un service tenu par l'hôpital de Jury qui réponde aux besoins des structures extérieures et pas seulement à ceux de la psychiatrie publique. Le lit manquant ne doit pas être le seul objectif. Il ne faudrait pas non plus qu'il y ait plusieurs diagnostics. Par contre, il faudrait garantir le retour au calme à la fin de la prise en charge.

Il s'agirait d'un outil au service de tous les citoyens, et notamment des travailleurs sociaux qui sont souvent les premiers sollicités parce qu'ils travaillent avec les gens en difficultés.

Groupe 2 : ADOMA / SNC

Le groupe partage les propositions précédentes. Sa proposition concerne la réactivation ou l'amélioration du SPUL.

Parmi les pistes envisagées, il y a également la mise en place d'une procédure pour saisir ou identifier un médecin. Il s'agirait ici d'un médecin libéral pour répondre aux besoins d'une personne en difficulté. Sur ce point, il est remarqué que parmi les personnes accompagnées, certaines ont décroché au niveau médical.

Bernard PANIEL prend l'exemple des médecins qui interviennent à la Maison d'arrêt. Ce sont des médecins libéraux sous convention. Ils répondent dans ce cadre à des astreintes. Il s'agit d'une forme possible de partenariat avec les médecins.

La dernière proposition concerne le partage de l'évaluation.

Groupe 3 : PEAJ / AIEM – équipe mobile de rue

Le groupe fait le constat que le SPUL existe, mais qu'il y a un défaut de fonctionnement.

Pour illustrer ce constat, Maud THEOBALT, éducatrice spécialisée à l'AIEM, relate un appel reçu du SPUL pour informer sa structure de leur impossibilité d'intervenir durant la semaine. Les deux personnes assurant le fonctionnement du service étaient en arrêt maladie.

Maud THEOBALT donne un autre exemple d'une personne conduite à trois reprises au SPUL. C'est le délai long d'intervention qui avait motivé la décision de conduire directement la personne concernée aux urgences psychiatriques pour éviter qu'elle ne se blesse. Lors de la première visite, l'attente a duré 6 heures avant la prise en charge alors que la personne exprimait son mal-être et sa grande souffrance. La dame a fini par sortir avec un passage à l'acte. Jury en est conscient aujourd'hui. L'équipe infirmière a d'ailleurs déjà exprimé qu'elle était un peu à bout. Aujourd'hui, ils n'ont pas de moyen.

Maud THEOBALT poursuit en donnant des précisions sur cette situation. La personne dans cet exemple est pharmaco dépendante. Elle se présente en hl (hospitalisation libre) parce que la complexité administrative ne permettait pas de faire une ho (hospitalisation d'office qui correspond à l'hdt, hospitalisation à la demande d'un tiers). Elle ne décompensait pas assez pour qu'il y ait un ho. Durant son hospitalisation, ses troubles ont juste été atténués avec du Valium. Seule l'addictologie a été traitée. Les moyens ne sont pas suffisants pour aller vers le côté psy. Sur trois jours, la prise en charge a calmé le manque. Les troubles, masqués par la conduite addictive, ont alors commencé à apparaître. La dame qui a des capacités intellectuelles (ce n'est pas toujours le cas), à exprimer son mal-être. Mais l'équipe SPUL n'a pas pu intervenir. Ils étaient deux en poste. Il y avait d'autres personnes qui crisaient. Alors que cette personne était en hl, elle a pris ses cliques et ses claques et est partie. Après quoi elle est passée à l'acte. Aujourd'hui elle est en soins intensifs.

Maud THEOBALT rappelle que le principe de base d'une équipe mobile est d'aller vers pour prévenir une situation. Si une proposition doit être faite, il ne s'agit pas juste de réactiver le SPUL, mais partir sur l'idée d'une concertation globale qui commencerait ici avec l'intervention du médecin ou d'autres acteurs pour pouvoir réfléchir ensemble à comment réactiver ce qui existe et pouvoir l'améliorer. Le SPUL est le support de quelque chose qui existe pour aller vers quelque chose de plus ambitieux.

