

COMPTE RENDU DE RÉUNION

TYPE DE RÉUNION

Réunion du 13 juin 2017 à la MDA organisée par Stéphane TINNES-KRAEMER, coordonnateur du CLSM.

SONT PRÉSENTS :

Karim ABDELLI, responsable du Point accueil écoute jeunes du CMSEA.

Laëtitia COLIN, travailleur social du CCAS de Metz.

Jennifer CUGLIETTA, responsable d'insertion sociale d'ADOMA.

Martine HOERNER, coordinatrice des actions sociales de la Fondation Abbé Pierre.

Josiane JENCZAK, collaboratrice du chef de pôle 2 du CH de Jury.

Marie-Claire MULLER, éducatrice spécialisée de l'équipe de prévention spécialisée du CMSEA.

Bernard PANIEL, directeurs de services du FJT - Etap'habitat.

Dr Pascal PANNETIER, chef de Pôle 2 CH Jury.

Olivier POINSIGNON, assistant social du pôle 5 du CMP TIVOLI - CH Jury.

Marie-Laurence ROMAIN, pilote de la MAIA de Sillon Mosellan - CD57.

Sandra SANTORO, conseiller technique de la PJJ.

Vincent SCHUTZ, infirmier du CMP TIVOLI - CH Jury.

RAPPEL DE L'ORDRE DU JOUR

Poursuivre la réflexion dans le cadre d'un échange avec le docteur PANNETIER, chef du pôle 2 du Centre hospitalier de Jury, avec lequel est évoqué le projet d'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP).

PROCHAINE(S) RÉUNION(S)

6 juillet à la MDA de Metz.

DÉCISION(S)

Le CLSM sera tenu informé de l'avancée du projet de mise en place d'une équipe mobile psychiatrie précarité.

AGENDA

Prochaine réunion le 6 juillet 2017 à 10h00 à la MDA de Metz.

DISCUSSION

La réunion débute par une tour de table. Le docteur Pascal PANNETIER a répondu à l'invitation du CLSM pour évoquer la problématique identifiée de l'absence de la psychiatrie publique à proximité des publics en situation de précarité. Il est accompagné de sa collaboratrice, Mme Josiane JANCZAK.

Présentation des urgences psychiatriques

Le docteur Pascal PANNETIER est praticien du Centre hospitalier (CH) de Jury. Il est détaché à temps plein sur le Centre hospitalier régional (CHR) de Mercy. Il est en charge du pôle 2 qui regroupe l'activité intersectorielle. Ce pôle est composé de la psychogériatrie, du service des addictions (anciennement Centre Baudelaire) composé de la clinique des addictions et de la consultation toujours située rue Serpenoise (qui va déménager rue de Tivoli). Il gère également le service d'urgence et de liaison qui concerne la consultation intrahospitalière au CHR. Ce service intègre également la Cellule d'urgence médico-psychologique¹ qui prend en charge les victimes de catastrophe d'attentat. On y trouve enfin l'équipe mobile psychiatrique précarité² (EMPP) qui est le sujet centrale de la réunion. Le docteur PANNETIER souligne qu'elle est en grande difficulté depuis quelques années, mais il espère que la concertation menée dans le cadre du CLSM pourra être un levier pour réintroduire cette équipe et la développer.

Synthèse des précédentes réunions

Plusieurs personnes participent pour la première fois à une réunion organisée dans le cadre du CLSM. Stéphane TK que la concertation a débuté à la fin de l'année 2016 autour de plusieurs thématiques dont celle de ce groupe qui concerne les situations individuelles en difficultés. Il ajoute que le dispositif s'articule avec le Contrat local de santé par l'intermédiaire notamment de fiches action en cours d'élaboration. Une synthèse des précédentes réunions est remise aux participants (cf. [Annexe 1](#)). A l'issue de ces rencontres l'idée a été retenue de mettre en place une veille psychiatrique dans la cité dont il reste à préciser les contours (cf. comptes rendus disponibles sur le site Internet du CLSM : <https://goo.gl/LwMRU6>). Parmi les pistes de travail à explorer, les participants ont proposé :

- L'amélioration de la liaison entre le 115, les structures et l'hôpital.
- La mise en place d'une procédure pour identifier et saisir un médecin dans les situations où un professionnel à besoin d'une aide médicale pour faire face à une personne « en crise ».

¹ Un article de présentation du dispositif CUMP est disponible sur le site Santé publique France : <https://goo.gl/ccCpfK>

² Un article de présentation de l'EMPP de Metz est disponible sur Internet : <https://goo.gl/dfLdNU>

- L'intervention d'une équipe mobile psychiatrie précarité.

Projet EMPP

Rappels de l'historique des dispositifs d'aide au plus démunis sur le territoire messin

Pascal PANNETIER rappelle que l'équipe mobile psychiatrie précarité est un dispositif national. Sur Metz, sa création date de 2006. Ce dispositif découlait de la dynamique du réseau ville-hôpital pour les plus démunis initié dans les années 90 qui avait notamment renforcé les moyens dédiés à la psychiatrie publique.

L'expérience du réseau ville-hôpital et de l'EMPP avait montré l'intérêt du travail avec l'ensemble des acteurs concernés. Cela permettait d'établir un maillage autour d'une personne en grande difficulté et de voir malgré la complexité de la situation apparaître des solutions. Un temps long, de plusieurs années parfois, était nécessaire.

Point sur la situation actuelle de l'EMPP

Pascal PANNETIER exprime sa volonté de constituer une équipe mobile psychiatrie précarité dont l'activité a cessé faute de moyens suffisants. Les fonds pour son fonctionnement ont été fondus dans la DAF (dotation annuelle de financement). Une demande a été adressée au directeur du CH de Jury pour repérer les financements dédiés à l'EMPP et la remettre en activité.

La préoccupation pour une EMPP sur Metz rejoint celle du RESAM³ (Réseau de solidarité des associations messines) qui a présenté récemment au directeur de l'hôpital de Jury son projet de plateforme médico-psycho-sociale en centre-ville. Il s'agit d'un lieu d'accueil dont la vocation est d'être à proximité des personnes en situation de précarité. Ce projet part notamment du constat de l'éloignement géographique de la PASS⁴ (permanence d'accès aux soins de santé) située dans les locaux du CHR de Mercy.

Projet d'une nouvelle EMPP à Metz

Stéphane TK pose deux questions au docteur PANNETIER :

Comment est envisagée la mise en place de l'EMPP ?

Comment un réseau pourrait être développé ?

³ Site Internet du RESAM : www.reseau-solidarite-metz.org

⁴ Page de présentation de la PASS sur le site Internet du CHR de Mercy : www.chr-metz-thionville.fr/unite-de-soins/permanence-d-acces-aux-soins-de-sante-pass

Une participation contrainte de la psychiatrie publique aux instances de concertation

Pascal PANNETIER répond que la psychiatrie publique continue d'être présente dans certaines instances où se discutent les situations de personnes en difficultés. Toutefois, la disponibilité des agents est contrainte par leurs obligations de service au sein de l'hôpital qui limitent leur participation aux côtés des partenaires extérieurs.

Missions de l'EMPP

> Faire le lien

Pascal PANNETIER explique que la mission du Service d'urgence psychiatrique et de liaison (SPUL) est de réaliser la liaison, c'est-à-dire d'être l'intermédiaire entre les partenaires extérieurs et les acteurs hospitaliers comme le centre 15. L'idée est de favoriser le lien, le travail en réseau.

> Expliquer les limites de la psychiatrie

Un travail d'information est également à réaliser. L'objectif n'est pas psychiatiser toutes les situations. Au contraire, les membres de l'EMPP ont pour rôle d'expliquer aux partenaires les limites de la psychiatrie. Une majorité de personnes avec lesquels les partenaires extérieurs se trouvent en difficulté n'ont pas un diagnostic de maladie mentale. Ils s'agit de personnes qui ont des troubles de la personnalité, des troubles du caractère ou des difficultés sociales.

> Apporter un éclairage sur une situation et proposer des pistes de travail

L'EMPP est là aussi pour apporter son expertise par rapport à l'aide qui peut être apportée aux personnes concernées par une demande de prise en charge de la part des partenaires. Sur ce point, il s'agit d'apporter un éclairage sur la situation, de donner aux travailleurs sociaux de nouvelles perspectives de travail et de permettre éventuellement d'envisager une approche différente avec la personne concernée.

Exemple de la MAIA et sa commission des situations complexes

> Réunir les acteurs concernés pour des situations sans solution

Marie-Laurence ROMAIN partage l'exemple des MAIA⁵. Sur les territoires de Moselle depuis quelque temps la commission des situations complexes. Son objectif est de mettre au tour de la table les acteurs concernés par la situation d'une personne âgées pour laquelle il y a zéro solution. L'idée est de se réunir quand on ne sait pas quoi faire.

⁵ MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

> Être en veille pour réagir au plus vite et éviter les ruptures

L'expérience du dispositif montre que la rupture de soins peut être évitée quand les partenaires se réunissent pour échanger sur la situation. Il s'agit d'être en situation de veille pour réagir vite au moment venu. Pour cela, un travail de partage d'informations, de concertation est organisé sur le long terme.

Pascal PANNATIER partage la nécessité du temps long pour éviter la rupture. Son propos est illustré par l'exemple donné par François Emmanuelli⁶ lors des Assises de la solidarité⁷. Celui-ci avait parlé de la situation de personnes âgées à Paris en très mauvaises conditions sociales et médicales, isolées au point de plus être visibles des services d'aide et de soins et qui finissent aux urgences quand la situation est complètement dépassée.

Pascal PANNETIER évoque également les difficultés éthiques rencontrés par son service doit se prononcer sur la capacité de discernement d'une personne. Mais toutes les situations ne sont pas psychiatriques.

Perception différente de la notion d'urgence entre les acteurs du social et du sanitaire

Karim ABDELLI fait part de son impression que la définition donnée par les travailleurs sociaux à la notion d'urgence est différentes de celle entendue par les soignants. Quand les acteurs du social alertent pour un bénéficiaire en mal-être, la réponse des services médicaux est d'attendre qu'il y ait un passage à l'acte. Un exemple récent montre qu'un homme a fini par agresser deux personnes dans la rue. C'est à ce moment-là qu'il a été pris en charge par la Police et orienté par les pompiers vers les urgences à Jury. Et malgré une ho (hospitalisation d'office) et une décision de SDRE (soins psychiatrique sur décision d'un représentant de l'État), l'homme est revenu quelque temps après vers la structure.

Pascal PANNETIER reconnaît qu'il peut survenir au sein de l'hôpital une différence d'appréciation par rapport à une situation. Le SAU (service d'accueil des urgences) de l'hôpital de Mercy est un maillon qui travaille avec des services hospitaliers, en particulier l'hôpital de Jury. C'est pour cela que le travail de liaison est important.

⁶ Xavier Emmanuelli a participé aux Assises messines de la solidarité en qualité de président du [Haut comité pour le logement des personnes défavorisées](#).

⁷ Synthèse des Assises messines de la solidarité qui se sont tenues à Metz le 30 avril 2015. Disponible sur Internet : http://metz.fr/fichiers/2016/01/05/Synthese_Assises_Messines_de_la_Solidarite.pdf

Olivier POINSIGNON : Moi je trouve que c'est intéressant tout ce que vous venez de dire et ce que dit Karim, il semblerait ici que ce soit au niveau de l'hospitalisation que le problème est survenu. Justement, moi j'aimerais revenir là-dessus. La question se pose de plus en plus avec des gens qui arrivent en hospitalisation et où c'est vrai, il y a une pression actuelle, il faut l'avouer, sur les lits pour que les gens puissent sortir effectivement assez rapidement. Ce qui n'est pas sans poser de problème vis-à-vis des structures d'hébergement etc. Où c'est que gens qui ne sont pas forcément bien stabilisés, quand ils sont dans une structure d'hébergement, et j'en sais quelque chose puisque j'ai été amené à gérer, avant de venir en psychiatrie, une structure d'hébergement où j'avais un poste d'encadrement, et où ça pose tout de suite des problèmes effectivement. Or c'est vrai que malheureusement, **un certain nombre d'acteurs de la psychiatrie ne sont pas conscient des problèmes**, enfin, ne prennent pas forcément la mesure de ce que ça peut représenter comme problème. Ça c'est la première chose. Juste pour aller un petit peu plus loin. Ce problème est d'autant plus criant en ce moment qu'il faut regarder, **Jury est relativement pauvre en matière de dispositifs et en matière de structures alternatives à l'hospitalisation**, etc. Si on compare à bien des hôpitaux, bien plus pauvre que nous. Enfin, souvent, y a plus riche que nous aussi. Et c'est vrai que cette pénurie de dispositifs, etc. pose aussi un problème par rapport à la fluidité des patients sur l'hôpital. Ça c'est le deuxième problème. Moi, ces situations un peu difficile, je pense qu'il faut les prendre aussi avec ces orientations là. C'est-à-dire qu'il faut aussi qu'on puisse créer à un moment donné des dispositifs en amont spécifiques. Des résidences accueil, etc. **Et là cette pénurie, elle fait en sorte qu'on a une vraie pression permanente sur les lits intra-hospitaliers.**

Pascal PANNETIER : Je crois que c'est important de dire à nos collègues des services sociaux que la psychiatrie, même si par rapport à certaines associations, vit mieux sur le plan budgétaire, on est quand même en situation de pénurie. **La situation est assez sinistrée sur la Moselle et sur Metz en particulier. Il faut savoir que le citoyen messin reçoit deux fois moins de moyens que le citoyen nancéen pour être soigné sur le plan santé mentale.** Il y a ce qu'on appelle des « rebasements ». Quand on était avec l'ARS Lorraine, on était considéré comme sous équipé. Mais maintenant qu'on est ARS Champagne-Ardenne, Lorraine, Alsace, malgré qu'il y a l'Alsace qui soit très riche, la Champagne-Ardenne est tellement sinistrée que maintenant on est considéré comme plutôt mieux doté. Donc il est clair qu'on aura pas de moyens supplémentaires. Il est clair qu'il n'y aura pas de lits supplémentaires. Le problème des lits. **Ca fait vingt ans que je travaille aux urgences. Ca fait vingt ans que j'attends la pression sur les lits, etc.** C'est vrai qu'il y a un problème de turn-over insuffisant sur l'activité psychiatrique, qu'il y a des patients certainement au long court. Un tiers des patients sont là depuis plus d'un an. Ce sont des patients qui s'ils pouvaient bénéficier. Alors pas forcément de structures psychiatriques pures. Mais là aussi on a besoin de travailler avec les partenaires pour

Compte rendu de réunion

pouvoir accompagner dans des maisons relais, des appartements thérapeutiques, etc. Et un partenariat où là il faut qu'il y est sur le plan financier effectivement un partage entre les moyens sanitaires de la psychiatrie et les moyens, je dirai, plutôt psychosociaux qui peuvent dépendre du Conseil général et qui peuvent permettre... Donc il y a effectivement un manque de moyen en alternative à l'hospitalisation, il y a quarante pour cent de psychiatres en moins que la moyenne nationale. Donc c'est toutes des choses qui peuvent vous expliquer que la psychiatrie à des limites, que la psychiatrie ne peut pas tout faire et que des fois effectivement. Moi j'ai des patients, des patients jeunes que j'hospitalise en me disant une personne jeune c'est là où il faut mettre le paquet. Et puis je les vois sortir immédiatement, je les fais réhospitaliser. On fait des allers retours. Quand au bout de quelques allers retours à l'hôpital, ils se suicident, on a vraiment un sentiment d'amertume et voir si on est passé à côté un peu. Donc c'est vrai que là, c'est parce qu'il y a, je le répète, un maillon de la chaîne, un parcours de soins et il faut que tout le monde à son niveau soit informé. Et des fois, j'ai des collègues qui peuvent être coincés avec un problème de lits, un manque de lits. On fait sortir celui qui paraît le moins mal et c'est la catastrophe derrière. Je ne jette pas la pierre à mes collègues, mais **il faut reconnaître que parfois il y a des patients qui sortent trop rapidement**. Il faut voir quel est l'intérêt de l'hospitalisation. L'hospitalisation dans certaines situation n'apporte rien. Ensuite l'hospitalisation n'est pas non plus la solution à tous les troubles du comportement. Il y a des troubles du comportement et des problèmes de violence qui ne relèvent pas ni l'hospitalisation, ni de la psychiatrie. Et c'est vrai que quand on voit qui passe à l'acte alors qu'il était demandeur de soins peu de temps avant. Oui on a loupé quelque chose.

Marie-Claire MULLER : Mais ce qui pose surtout problème, c'est effectivement ces personnes, on n'est pas informé du fait qu'elles sont sorties. C'est souvent le problème de ces personnes pour lesquelles le diagnostic n'est pas posé et qu'effectivement reste deux trois jours et puis ils ressortent sans accompagnement.

Pascal PANNETIER : C'est ce qu'on appelle les revolving door. Les revolving door c'est une porte battante dans le grand palace. Effectivement on voit les gens qui rentre deux, trois jours. Il n'y a pas de suivi CMP. Ou si, sur le plan psy on dit Ah on lui donne un rendez-vous en sachant très bien qu'il ne viendra pas. Je pense que . Les CMP vont peut-être réagir. Je pense qu'il y avait un savoir faire dans les CMP qui s'est un petit peu perdu. **Il y a des CMP qui travaillent très bien et il y a des CMP actuellement qui me paraissent en difficulté**. Et on voit nous des situations qui sont envoyées aux urgences. On se dit Mais ils n'ont rien à faire aux urgences. Les CMP c'est vrai aussi qu'ils ont un nombre limité de gens. Il y a un accueil, il y a des demandes phénoménales, des demandes de consultation. Le nombre de consultations à énormément augmentés. **Sur le plan psychiatrique, alors qu'est-ce que c'est que l'urgence ?** Vous voulez un rendez-vous avec un psychiatre en CMP, c'est

Compte rendu de réunion

deux mois d'attente. Avec de la chance un mois. Quand vous avez quelqu'un qui sort de l'hôpital par exemple. Je vois des gens qui ne sont pas encore très bien stabilisés. Ils vont mieux, ils sortent de l'hôpital. Il faudrait les revoir dans la semaine qui suit, dans les dix jours qui suivent.

Vincent SCHUTZ : Le problème c'est que derrière on n'a pas le soutien nécessaire des psychiatres.

Pascal PANNETIER : Moi je vois souvent les équipes CMP travaillent avec les urgences parce que là ils savent qu'il y aura un avis médical. Donc c'est qu'actuellement qu'est-ce qui est urgent ? La définition du professeur STEG qui a fait le rapport sur les urgences⁸. C'était l'urologue de Mitterrand. Il avait fait un rapport sur les urgences qui avaient permis le développement des SAU actuels. Il avait défini l'urgence comme étant l'urgence ressentie. **Il y a urgence dès que quelqu'un ressent qu'il y a urgence.** Donc là je peux vous dire que tout devient urgence. Le problème c'est que l'urgence peut être tout à fait réelle, il suffit que l'urgentiste, ça dépend sur quel urgentiste vous allez tomber, il y a des urgentistes psychiatrophobes, il y a des urgentistes qui ne connaissent rien à la psychiatrie, qui ne veulent surtout pas en savoir. Donc c'est vrai qu'il y a des situations malencontreuses. Le problème c'est qu'actuellement vous voulez voir un psychiatre en ville, actuellement en libéral vous avez, ça peut être six mois d'attente. Sans compter que la plupart vous disent Je ne prends plus de nouveau patient. Donc ça pose un problème.

Karim ABDELLI : Après l'autre problème qu'on rencontre avec les personnes qui sont à la rue ou qui change régulièrement d'hébergement, c'est toujours ce problème administratif où il y a un changement de CMP et qui pose problème. Voilà, il y a une accroche avec un CMP et du jour au lendemain parce que monsieur a changé de foyer ou il a retrouvé un hébergement tiers, ce n'est plus possible parce qu'il ne dépend plus de ce secteur.

Pascal PANNETIER : Alors normalement dans les bonnes pratiques, si quelqu'un sort de son secteur et si à proximité il peut y avoir une continuité, le CMP peut continuer à suivre quelqu'un même si il est hors du secteur. Mais il y avait aussi la possibilité de passer le relais. C'est-à-dire que si l'on sait que quelqu'un va sur un autre secteur, on peut demander à passer le relais. C'est vrai que sur les secteurs messins, on a vu des pratiques, voilà, une équipe peut très bien placer quelqu'un dans tel foyer qui est hors de son secteur, normalement il continue à suivre la personne. Après c'est des problèmes d'hospitalisation. Il y a des règles qui datent d'au moins vingt ou trente ans. Pour éviter de se fâcher avec les collègues, un certain nombre de règles au niveau hospitalisation. C'est vrai que moi j'ai vu des gens qui habitaient Borny depuis vingt ans, mais sous prétexte qu'il y a vingt ans ils avaient

⁸ Rapport sur la médicalisation des urgences. Professeur Adolphe STEG. Commission nationale de restructuration des urgences. 1993. Document consultable sur Internet : <http://documentation.fhp.fr/documents/3746R.pdf>

Rapport récent. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences. Docteur Jean-Yves GRALL. Juillet 2015. Document consultable sur Internet : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf

Compte rendu de réunion

été hospitalisés, ils habitaient Woippy et ils avaient été hospitalisés sur un autre secteur ils continuaient à être réhospitalisés toujours sur l'ancien secteur. Là après c'est des problèmes humains, c'est des problèmes de règles. Donc la sectorisation ça pose, c'est des limites géographiques. Ça pose des frontières. C'est vrai que quand on [la psychiatrie] est en difficulté, qu'on a des moyens limités, ben on essaie de poser des limites à son action. Il y a des frontières, mais en même temps les gens intelligents sont capables de travailler transfrontière.

Olivier POINSSIGNON : Pour répondre très précisément à cette question des foyers. Moi j'ai demandé. Donc j'ai interpellé officiellement à mon chef de pôle la semaine dernière par rapport à la question des foyers. Parce qu'effectivement ça pose un vrai problème en ce moment il faut l'avouer. On va je pense trouver une solution, j'espère en tous les cas, rapidement, sur le fait qu'effectivement, au niveau ambulatoire, un certain nombre de CMP considérés que les patients qui étaient dans les différents foyers devaient être affectés au sein des CMP en fonction de leur date de naissance. Alors que moi ma position c'est de dire qu'à l'heure actuelle sur le bassin messin, un foyer est un domicile à part entière si l'on excepte les deux foyers d'urgence que l'Abri pour les femmes et effectivement le Pont des grilles pour les hommes. Autrement dans les foyers on peut y rester. Dans un CHRS (Centre d'hébergement d'urgence sociale), dans un FJT (Foyer de jeunes travailleurs) ou n'importe quelle établissement social. On peut y rester deux ans, trois ans, dix ans. Bon voilà. Donc là j'ai interpellé mon chef de pôle sur cette question. Pour moi ça me pose un vrai un problème au sens où je considère moi qu'un foyer à tout intérêt à être vu dans une perspective de territorialité et d'avoir effectivement des référents qui sont dûment identifiés et par là qui viennent effectivement en fonction ou pas, en fonction des individus qui sont hébergés plus ou moins au sein de tel ou tel foyer. Il y a une réflexion là qui va être revue sur ces questions. En tout cas moi j'ai demandé pour que le système soit à la fois plus cohérent et soit plus efficient. Parce que là on a eu effectivement des gens qui ont été réadressés vers d'autres CMP. Les situations ont été perdues en cours de route ou on été raccrochées tardivement. C'est vrai que cette réflexion elle paraît être très importante.

Pascal PANNETIER : C'est d'ailleurs la question qui me semblait avoir été tranchée il y a quelques années. Un foyer, je ne sais pas, rue du Général Delestraint, c'est une adresse fixe. Il n'y avait que les centres d'hébergement d'urgence qui étaient considérés comme n'étant pas des adresses fixes. Et c'est là qu'on avait cette solution du mois de naissance.

Olivier POINSSIGNON : Le système n'était plus du tout celui là. Je vous le dis très clairement. C'est pour ça que je demande moi à ce qu'on revienne sur ce fonctionnement qu'on vient d'évoquer.

Pascal PANNETIER : Sachant qu'il y a quand même une révolution sur l'hôpital de Jury. Avant vous aviez vraiment quatre secteurs, sur Metz. Il y a six secteurs à Jury. Deux sur Fensch et Orne et quatre

Compte rendu de réunion

secteurs messins. Donc maintenant il va y avoir un pôle des secteurs messins et un pôle des secteurs thionvillois. Fensch et Orne va se mettre avec Thionville, avec des lits d'hospitalisation plutôt sur Hayange. Donc les quatre secteurs messins sont maintenant dans un seul pôle. C'est-à-dire que on devrait un peu maintenant pouvoir dépasser les clivages. Si vous voulez, vous étiez troisième secteur Montigny, vous ne pouviez pas franchir. Enfin si vous aviez la chance d'avoir trouvé un logement sur le secteur de Metz centre, ça devenait effectivement compliqué effectivement dans les relations entre les équipes. Là maintenant on a un seul pôle, on a quatre secteurs qui garde une culture, une identité un peu chacune. Mais maintenant le secteur 1 travaille avec beaucoup même le secteur 3, le secteur 2 avec le secteur 4. Et on a un seul chef de groupe. Donc je pense qu'on devrait pouvoir éviter tous ces clivages. Et c'est vrai que c'est incompréhensible. Moi il y a vingt ans quand je suis arrivé sur Metz, j'étais thionvillois. On était considéré à Thionville comme ne faisant pas du secteur, comme étant la honte du service public parce qu'on avait pas suffisamment de moyen sur le secteur. Je pensais qu'à Metz il avait beaucoup de moyen en alternatives à l'hospitalisation, qu'il y avait un travail social qui se faisait. J'ai découvert que pas plus qu'à Thionville. Et que le secteur à Metz était aussi sinistré. C'est vrai que sur Thionville on était très médicalisé. Je me suis aperçu que sur Metz, moi mon travail il a consisté déjà à faire le tour des secteurs et à les faire rencontrer. J'avais des partenaires psychiatriques et sociaux importants qui ne s'étaient jamais rencontrés. Et mon travail à l'époque sur le travail social a consisté déjà à faire le tour de chaque secteur et d'essayer d'établir des liens, faire la liaison. Donc paradoxalement, on a des équipes psychiatriques qui travaillaient trop en autonomie si vous voulez. On sent qu'on faisait tout autour du malade mental. Sauf que maintenant, le malade mental il est de plus en plus difficile à classer. On ne sait plus toujours très si c'est un schizophrène, si c'est un toxicomane un peu déficient. Enfin voilà. On a maintenant de plus en plus de difficulté à définir les pathologies. Dans la rue on a des pathologies qui sont très modifiées. On s'est très bien qu'il y a à peu près un tiers des personnes qui sont dans la rue qui pourraient avoir un diagnostic de schizophrénie par exemple. Et un autre tiers qui a des troubles psychosomatiques graves. Tout ça c'est, les pathologies restent à peu près les mêmes. Mais je dirai, l'environnement social fait que les choses ont évolué et qu'on ne peut pas rester sur des diagnostics figés. C'est vrai que la schizophrénie c'est quelque chose qui regroupe des choses très très différentes. La psychiatrie s'occupe très bien de certains schizophrènes. Et il y a des schizophrènes qui échappent complètement à la psychiatrie. En particulier lorsqu'il y a une comorbidité avec l'alcool ou la toxicomanie. Donc vous connaissez ça aussi. C'est Ah il est toxicomane, est-ce qu'on l'envoie sur Baudelaire ou est-ce qu'on l'envoie sur le CMP ? Après c'est. Donc ça c'est notre cuisine interne après. C'est à nous de travailler ensemble, à nous d'organiser les choses. Mais toutes les situations ne sont pas psychiatriques. **Moi aux urgences, je m'occupe principalement de gens qui ne sont pas des malades mentaux.** Aux urgences on s'occupe des crises suicidaires et on s'occupe beaucoup des

crises addictologiques. Et la plupart. La schizophrénie c'est vrai qu'elle est très rapidement envoyée sur les CMP. En psychiatrie libérale là on est. Je crois que les collègues de psychiatrie libérale. Certains avant, les anciens gardaient encore quelques grands malades. Maintenant c'est très difficile. Il y a une exigence effectivement. Bon il y a quelques collègues qui voyaient beaucoup de migrants. Vous savez qu'il y a trois collègues qui ont été en garde à vue. Qui ont été blanchis quand même. Mais c'est vrai. Moi par exemple sur les migrants, on a eu la surprise en début d'année d'apprendre que les CMP ne les recevaient plus. Moi par exemple. Voilà. J'envoie un Afghan au CASA (Centre d'accueil pour la santé des adolescents). Et le CASA me répond Ah ben non on ne peut pas s'occuper des Afghans parce qu'on a pas d'interprète. Alors c'est vrai qu'il s'occupe de certains Afghan quand il y a justement un accompagnement psychosocial. Quand il y a tout un travail possible avec. Voir en consultation un Afghan qui ne parle pas un mot de français, ça n'apporte rien. Par contre travailler avec une équipe psychosociale qui accompagne cette Afghan. Travailler avec le CDE (Centre départemental de l'enfance). Voilà. Où il y a tout un travail social de possible. Là tout à coup, notre travail psychiatrique peut prendre un sens. **Et ce n'est pas forcément ni un diagnostic, ni traitement qui vont faire la différence. C'est vraiment ce travail de partenariat entre la psychiatrie et entre le sanitaire et le médicosocial.**

Karim ABDELLI : En fait la vraie question de tout à l'heure. Quand nous on les oriente, le but ce n'est pas de les enfermer et d'être tranquille. Le but c'est d'avoir un diagnostic. Moi je ne suis pas capable d'établir un diagnostic. Savoir s'il est schizo ou si. Je peux juste savoir s'il consomme. Oui. Mais après effectivement nous ce qui nous manque c'est le diagnostic pour l'accompagnement. Après c'est vrai que même quand il y a un accompagnement avec des traitements qui sont donnés par les médecins, quand ils sont en situation d'errance, c'est hyper compliqué. Il y a toujours, donner des médicaments à un gars dans la rue. C'est pas sa priorité. Ou alors il prend tout d'un coup. Et c'est arrivé. Après ce qu'il manque c'est avoir un interlocuteur ou une personne rapidement pour avoir un diagnostic et surtout l'avoir au bon moment.

Bernard PANIEL : C'est ça. Je me permets de revenir sur ce que dit Karim. Parce que déjà par rapport à la situation dont tu parles ça me rappelle des années en arrière. Et justement toi qui participais aux réunions du CCAS, on parlait de ces personnes et le travail et la psychiatrie qui était à cette réunion, elle disait Bon, dès que j'ai un lit je vous appelle. Et elle cherchait un lit. Et elle les hospitalisait. Justement, on attendait pas comme on en a parlé tout à l'heure, mais il y avait eu des hospitalisations. Et ça on l'avait fait plusieurs fois. Et déjà ça nous aidait à poser le diagnostic. Comme j'ai dit tout à l'heure en début de réunion, on est que des travailleurs sociaux. On n'est pas des psychiatres et on fera jamais un diagnostic de médecin. Donc sur ce point on comprend. On entend

Compte rendu de réunion

aussi la difficulté des moyens. Certes. C'est bien pour ça que l'ARS vient. S'il n'y a pas plus de moyens, on ira pas beaucoup plus loin.

Pascal PANNETIER : Il n'y aura pas plus de moyens. Il faut peut-être qu'on s'organise de manière plus intelligente. Il peut y avoir, sur des projets nouveaux, on peut peut-être avoir des petites enveloppes. Surtout si on a un projet à plusieurs. Si on montre qu'on est dans un travail de partenariat. Mais clairement actuellement, ce que j'entends, c'est plutôt une diminution. Ce qui est reproché à la psychiatrie c'est qu'on maintient dans des lits des personnes qui ne relèvent plus forcément du soin et de la maladie, mais qui sont plutôt dans le handicap et qui nécessitent des lieux d'hébergement. Donc c'est vrai que l'ARS clairement est plutôt dans une diminution du nombre de lits alors qu'actuellement on est en difficulté parce que tous les matins je peux vous dire, tous les matins c'est le marché aux esclaves. [rires]. Il est beau mon Afghan, qui en veut qui en veut. J'ai pas de place. Ah ben moi j'ai pas de place non plus. Qui peut le prendre.

Bernard PANIEL : C'est depuis longtemps.

Pascal PANNETIER : Ça fait vingt ans que ça dur.

Bernard PANIEL : Ça fait vingt ans que ça dur. J'ai l'impression que depuis que je travaille sur Metz ça a toujours été pareil. Avec le CMP Tivoli on avait monté un projet. Nous on accueille quinze personnes sortant de l'hosto., en fin de soin. Et on n'a pas eu plus de moyens. C'est-à-dire que c'est pas une histoire de moyens. Ils ont l'AAH (Allocation aux adultes handicapés), ils ont droit à l'APL (Aide personnalisée au logement), on leur a fourni les logements. Ça a vidé quinze lits au sein de l'hôpital. Et l'ARS nous a donné un poste et demi, c'est ça ? un demi poste infirmier qui passe au foyer.

Olivier POINSSIGNON : C'est un etp (équivalent temps plein).

Bernard PANIEL : Donc il y a quand même un infirmier qui est là tout le temps. Du lundi au vendredi avec quinze personnes. Il y a quinze lits qui sont partis. Qu'est-ce que ça a coûté ? Le bâtiment existait, l'association existait. Ça a coûté un infirmier. Entre quinze lits et un infirmier. Je veux dire, la différence de financement elle est quand même énorme.

Pascal PANNETIER : Oui mais par rapport à cette affaire, je peux vous dire que quinze lits, le directeur il est très fâché d'avoir perdu quinze lits parce que ça lui a fait perdre l'équivalent, je ne sais plus, de sept ou huit postes infirmiers. Parce qu'il avait, avec ce nombre de lits des revenus, en particulier le forfait hôtelier, etc. **Donc c'est vrai qu'entre le médecin qui est dans la logique du secteur, de vouloir sortir des patients de l'hôpital, de les intégrer dans la cité et de travailler plutôt avec le Conseil**

général ou avec. Et on se retrouve d'un coup avec un directeur qui lui dit Mais non je ne suis pas du tout d'accord que vous sortiez ces patients de l'hôpital parce que moi il ma rapporte tant d'argent.

Bernard PANIEL : Je trouve ça assez drôle parce que quand je l'avais rencontré le directeur, il avait dit lui d'accord si vous me prenez quinze personnes. Donc ce n'est pas du tout ce qu'il nous a dit. Mais enfin, ça c'est interne à vous. Et je voulais revenir aussi sur une deuxième chose. Sur l'équipe mobile. Il y a le M de mobile. Je ne sais pas trop où il est. Ils ne vont plus à des réunions. Mais vous parliez tout à l'heure de la solitude de la psychiatrie. Mais si on doit parler de la solitude des travailleurs sociaux alors là on n'est aussi dans une grande solitude. Alors certes.

Pascal PANNETIER : Même plus, monsieur. Je reconnais que dans les associations vous avez moins de moyens et plus de solitude qu'en psychiatrie.

Bernard PANIEL : Alors si vous me le permettez, je vais prendre deux cas concrets. Un ancien et un qui n'est pas très très vieux. L'équipe mobile venait de se faire créée. A un moment il parlait même d'avoir un véhicule mais ça a été abandonné.

Pascal PANNETIER : On a eu un véhicule. On l'a perdu, on l'a perdu.

Bernard PANIEL : J'étais à l'accueil du Pont des grilles. Il y a une personne qui entre dans une crise de démence. Alors je ne sais pas si c'est dû à l'alcool. Je vous dis, on est pas capable de faire un diagnostic. On appelle les pompiers, ils voient la personne et ils refusent de partir. Donc vous l'avez toujours dans le foyer, toujours dans sa crise de démence, il crie, il gueule, il insulte, il menace, il menace de mort les gens, il se roule par terre, il bave. Entre autres. C'est arrivé plusieurs fois. Ce n'est pas de l'amalgame, c'était vraiment un cas. Et on appelle les urgences psychiatriques. Et bien amenez le. Mais comment voulez-vous qu'un éducateur qui est tout seul dans le foyer prenne le gars et l'amène. Déjà il ne peut pas laisser son foyer tout seul. Déjà lui il ne sais plus où aller. Les pompiers n'ont pas réagi. La police, Je n'ai pas de voiture. Les urgences psychiatriques, Amenez moi le qu'on voit au cas où. Et le type il est tout le temps en train de gérer son truc. Et là il est dans un solitude fantastique. Et il se dit, Mais qui peut m'aider. Et il se retrouve avec personne. C'est quand même terrible. Et alors, il n'y a pas de procédure. Il n'y a rien qui existe dans ces cas là. Les pompiers sont pas en lien avec le SPUL, il n'y a pas de médecin traitant qui peut venir faire un diagnostic. Il est vingt trois heures ou il est minuit. Nous on est ouvert 24h/24. On n'est pas ouvert de huit heures à dix sept heures.

Pascal PANNETIER : Ca c'est le rôle de l'équipe mobile de se déplacer. La nuit je ne suis pas sûr qu'on puisse. Là.

Compte rendu de réunion

Bernard PANIEL : Mais justement, je veux dire personne peut rien dans ces cas là. J'ai dis deux cas. Deuxième cas, pas ancien. Une fille qui était hospitalisée à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines. Qui vient au FJT, elle avait un projet. Et le dossier de la fille part au CMP de Tivoli. On est d'accord. Elle va aux consultations au CMP. Après un moment elle lâche. Il y a des trucs, l'adolescence, la drogue, sa problématique et sa maladie, tout se mélange. Et vous vous retrouvez un samedi après-midi avec la fille qui veut sauter du deuxième étage, qui crie, qui gueule. On appelle Tivoli. Je ne sais pas qui on a eu, mais on a eu quelqu'un qui fait Je ne suis pas au courant du dossier. On est quand même arrivé à appeler les pompiers, à la mettre de force, mais contre l'avis des pompiers. Elle arrive à l'hôpital et le type il dit Moi je ne la connais pas, allez voir, elle a un dossier à Tivoli, elle est aussi connu par l'hôpital de Sarreguemines. Donc Sarreguemines avait pris l'engagement au cas où il y avait une crise grave de la rehospita-liser. Ce qui était la raison pour laquelle on a bien voulu nous faire l'essai de la réinsertion sociale. Et sans cette SAV, moi je vous dit aujourd'hui c'est non. Et si je n'ai plus de SAV comme ça c'est non. Parce que. Et ils se sont dit, Ah ben nous on est allé voir Tivoli il n'y a personne. On s'est retrouvé avec, deux heures après, la fille qui revient dans le même état. Et ça j'ai trouvé que c'était une énorme solitude. On comprend bien tout ce que vous avez dit sur la difficulté de la psychiatrie et des moyens, mais en même temps il faut bien comprendre de l'autre côté toutes les difficultés des travailleurs sociaux qu'on a face à ça. Et à ce moment-là vous vous sentez.

Pascal PANNETIER : Je suis désolé. Je me dis que ça fait vingt ans que je travaille et qu'on n'a pas avancé d'un pouce. Parce que là, j'ai l'impression d'entendre Yvette ROLLIN il y a vingt ans.

Bernard PANIEL : Oui ben Yvette ROLLIN on se connaît bien.

Pascal PANNETIER : Donc vous dites exactement la même chose. Bon, alors solution. Les pompiers, surtout à Metz, il y a un problème syndical particulier à Metz, qui n'est pas forcément celui qu'on trouve à Marseille ou à Paris. La personne qui refuse de monter dans le VSAV (véhicule de secours et d'assistance aux victimes). Les pompiers lui font signer un papier. Normalement le pompier lorsqu'il voit que quelqu'un n'est pas quand même dans son état normal et qu'il y a besoin de soins, le pompier est quand même capable de signaler au centre 15 que la personne nécessite peut-être des soins médicaux. Donc c'est vrai que le pompier dit qu'il n'est pas médecin. Il ne transporte que des gens consentant. On a vu des gens, des grands SDF. Moi je me rappelle le fameux Nouredine, avec la jambe coupé. Il avait été précipité du pont des morts. Il avait cassé son fémur du côté amputé. Il était en sang. Il avait fait une chute de quatre mètres en état d'alcoolisation, poussé volontairement par quelqu'un. Le pompier lui a fait signer un papier comme quoi il ne refusait pas d'être transporté. La solution si vous voulez, effectivement, le pompier ne transporte que des personnes consentantes.

Compte rendu de réunion

S'il est dans le coma, il le transporte. Bon s'il est dans le coma il appelle quand même le centre 15. Et seul un médecin. Alors, **il y a la régulation du centre 15 qui peut donner l'ordre médical à pompier de transporter**. Certains pompiers acceptent cette ordre médical. Si le pompier refuse cette ordre médical, seul un médecin du SAMU (service d'aide médicale urgente), mais il faut que le SMUR (Service mobile d'urgence et de réanimation) se déplace. C'est vrai que face à des problèmes plutôt comportementaux, d'agitation etc., le médecin régulateur du SAMU, du centre 15, peut avoir du mal à nous envoyer un SMUR. Il y en a deux des SMUR. S'il y en a un qui est à Woippy pour un infarctus et que l'autre est, etc. Donc c'est là que vous avez besoin de Paulette HOCHARD ou de Bruno BAILLOT, que vous leur dites Attention on est en situation difficile. Et eux ils peuvent. Le centre 15 il est juste derrière le service. Il y a une porte à pousser. On va voir le régulateur et on dit au régulateur, il y a une situation d'urgence, il y a une vraie situation médicale, il y a une agitation qui paraît psychotique etc.. Sachant que s'il y a un danger, ils interviendront qu'avec la police. S'il y a une agitation avec violence. Donc c'est vrai que là, c'est simple. Seuls les médecins du SMUR sont habilités si vous voulez à, euh... Quelqu'un qui n'a pas son discernement, qui a besoin d'être amené jusqu'au urgence pour être évalué. Voilà. Le pompier peut refuser de le transporter, même il a la consigne de refuser. Même en temps ils peuvent pas faire signer. Parce que moi j'ai vu. Je suis également médecin des pompiers. J'ai vu des gens qui faisaient signer à des gens qui n'étaient pas en état de signer. Quelqu'un qui n'a pas son discernement c'est complètement ridicule de lui faire signer. On voit aussi la police qui des fois refuse. Bon. **Donc c'est vrai que là il y a besoin de coordination, il y a besoin de liaison**. Vous avez besoin d'un intermédiaire qui vient expliquer au régulateur du centre 15 que vous êtes un professionnel, que vous n'appellez pas à mauvais escient, que vous êtes en capacité de faire la différence entre une agitation alcoolisée peut-être ou vraiment un état, un comportement. **Donc c'est vrai que être seul avec un agité, je pense que ce n'est pas normal. Ca veut dire qu'il y a quelqu'un qui n'a pas fait son boulot**. Vous avez une agitation, il doit aller aux urgences, ça c'est clair. Il y a quelqu'un qui doit le transporter.

Vincent SCHUTZ : Moi je travaille, je suis infirmier en CMP. Donc j'interviens régulièrement pour aider des gens. Et donc je donne des informations précises au 15 qui n'envoie pas forcément de médecin du SMUR. C'est toujours compliqué, toujours.

Pascal PANNETIER : Alors ça se passe parfois bien. Ca peut être compliqué. Donc il faut bien connaître le 15. Il faut bien vous connaître vous. Et c'est là que notre rôle de liaison peut vous aider. Alors on a quand même établi des relations un peu privilégiée avec les urgentistes et avec les gens qui régulent le 15. Ca se passe mieux si vous avez un régulateur hospitalier. Il faut savoir qu'au 15 vous avez deux régulateurs. Il y a un régulateur hospitalier et il y a un régulateur médecin libéral. Un médecin généraliste libéral. Quand ça se passe mal, je dois reconnaître que c'est généralement avec

un médecin libéral qui ne connaît pas bien les situations. Donc c'est vrai que notre rôle à nous c'est plutôt d'aller voir le médecin régulateur hospitalier et de bien défendre l'idée qu'il s'agit bien d'un problème médical qui nécessite une urgence. Donc là voilà, le SPUL. Vous avez la chance d'avoir maintenant quelqu'un au SPUL 24h/24. Vous avez quelqu'un et donc n'hésitez pas à appeler l'infirmier du SPUL qui peut aller voir le régulateur. Ca se passe. Alors, on a le même grief avec l'UNAFAM. Les parents de malades mentaux qui quand ils appellent le centre 15 on l'impression qu'ils sont toujours, qu'on les envoie bouler. Les familles qui sont avec des malades mentaux en décompensation. Ils sont souvent très démunis aussi. Donc c'est la même chose. Le médecin régulateur hospitalier quand il a la bonne information, qu'il comprend bien la situation et qu'on lui explique qu'il s'agit bien d'un problème médical et pas d'un problème social, il peut vous apporter quand même un grand secours et rapidement. Moi je comprends la solitude des travailleurs sociaux.

Bernard PANIEL : Pour l'avoir vécu, je vous assure que c'est terrible. Mais je vais revenir à ça parce que.

Pascal PANNETIER : Vous avez, 31 11, je donne le numéro, 03 87 55 31 11. Vous avez, 24h/24, en direct un infirmier qui pourra vous conseiller, qui pourra essayer de vous orienter, qui pourra essayer d'aller voir le centre 15 pour confirmer que vous appelez à bonne escient. En plus nous avons maintenant, quand depuis deux ans, trois ans. Deux ans maintenant. On a un système Cariatides⁹ qui est un système d'informatisation des dossiers. Moi je peux en direct et bientôt je pourrais même depuis chez moi lire ce qu'à mis monsieur SCHUTZ [rire] sur son dossier, etc. On a l'information en direct. Ah oui c'est un psychotique, c'est bien un schizophrène, il est connu, il est suivi etc.. Donc on a actuellement au niveau des urgences, vraiment on sait exactement s'il a été vu il y a trois semaines par le docteur HENRI, il a marqué ça, il a mis tel traitement. Ou on sait qu'il est en rupture thérapeutique, il a arrêté ses médicaments, il ne vient plus au CMP etc.. Et avec ces informations là, ça nous permet d'intervenir auprès du centre 15, d'intervenir auprès des régulateurs et de dire Voilà, oui, il s'agit bien d'un psychotique, en décompensation etc.. Même si ce n'est pas un psychotique. Un état d'agitation alcoolique, il a besoin d'être examiné médicalement, mais c'est sûr que là les urgentistes sont quand même plus réticent. Les problèmes d'alcool il y en a énormément aux urgences, il y a beaucoup de gens. Nous maintenant en psychiatrie on est énormément surveillé sur tout ce qui est convention. Je peux vous dire que les conventions aux urgences, personne ne surveille, les privations de liberté ne s'inquiète pas de ce qu'il se passe ni dans les maisons de retraite, ni dans les urgences. C'est extrêmement pénible pour nos collègues. Il y a des contentions, il y a des contentieux parce que les gens ont été contentonnés, ils ne sont pas content, etc.. Et c'est

⁹ Page de présentation du système Cariatides sur le site internet de l'éditeur : <http://www.symaris.com/cariatides/>

Compte rendu de réunion

extrêmement difficile. Mais moi je pense qu'il faut médicaliser beaucoup de situations d'agitation sous produits. Mais c'est vrai qu'on est pas seul sur le coup. Les urgentistes ils ont intérêt à faire sortir les gens le plus rapidement possible. La police des fois pour monter jusqu'à Mercy. Si vous voulez, si vous avez quelqu'un qui est en état d'ivresse sur la voie publique, normalement c'est cellule de dégrisement. Mais il faut d'abord faire un examen médical. Donc ce qu'on appelle un CNH , certificat de non-hospitalisation¹⁰. Donc il faut monter à Mercy. Moi je vois à l'Abri par exemple, rue Mazelle, vous avez régulièrement des femmes relativement, avec des comportements relativement bruyant et des alcoolisations massives qui nécessiteraient, je dirais, d'aller en cellule de dégrisement. Seulement la Police ne les emmène pas parce que ça va leur faire perdre deux heures, trois heures, quatre heures de monter à Mercy, pour avoir un certificat de non-hospitalisation. Donc on préfère ne pas voir ce qu'il se passe.

Pascal PANNETIER : D'où le M de mobile. Mais le M ce serait possible uniquement dans la journée. Si on arrivait à avoir cette équipe mobile. Elle était mobile avant. On accompagnait l'équipe de rue de l'AIEM. C'est avec eux que l'on travaillait. On faisait beaucoup de maraude, on n'en fait plus.

Vincent SCHUTZ : La mobilité à Jury c'est devenu compliqué. Même en CMP, il faut des documents, il faut un ordre de mission.

Bernard PANIEL : Oui les gars, vous pouvez parler de tout ce que vous voulez sur le côté compliqué de la psychiatrie. C'est clair. Moi je suis là dans une réunion, le CLSM, où l'on doit proposer des projets. Si tout doit être compliqué et si chaque fois il faut faire si et ça. Moi je peux sortir. Ca ne sert à rien que je reste là. Non non docteur PANNETIER, je vais un peu continuer quand même. Parce que ça va encore plus loin pour moi ça. Parce qu'il n'y a pas que la psychiatrie dans cette affaire. C'est la ville de Metz. Et toutes les instances de la ville de Metz. C'est à la fois la protection de la personne. Et à la fois la protection des gens autour. Quand quelqu'un fait une crise de démence dans la rue, les gens qui passent à côté. On ne va pas tout mettre sur Daech. La crise de démence est dangereuse aussi. Ou le professionnel ou le voisin. C'est-à-dire que dans ces périodes là, je n'ai pas de moyens, la Police ne peut pas venir, ils n'ont pas de voiture. Quand vous dites que Jury c'est loin. Quand je travaillais à l'accueil du Pont des grilles, vous avez vu la distance entre le poste de Police et l'accueil du Pont des grilles. C'est rien. Même pas de voiture, ils mettaient une heure et demi à venir. Une heure et demi. Même à pied ils seraient venus au bout de dix minutes. Mais comme ils n'avaient pas de voiture, ils ne venaient pas. Ils mettaient une heure, une heure et demi. Donc quand on est dans

¹⁰ CNH : certificat médical établi dans le but de dégager la responsabilité des services de Police ou de Gendarmerie en cas de problèmes médicaux pendant la rétention au cours d'un état d'alcoolisation présumée.

la protection de la personne. A la fois de la personne qui a un problème et les gens qui sont autour. **Aujourd'hui, sur Metz, en procédure claire et précise, faut les chercher.** Il devrait y avoir pour moi, ou le 15 ou un numéro unique ou n'importe quoi où on devrait pouvoir déclencher plusieurs leviers. Nous, il faut partir du fait, et je suis d'accord, on n'est pas quelqu'un qui peut faire un diagnostic. Si on a pu faire des diagnostic dans les réunions avant partagées avec certaines personnes, ça facilite. Mais quand vous passez par le 115. Un accueil d'urgence, il peut y avoir quelqu'un de Nantes qui arrive à Metz à 19h et à 19h30 il sonne à l'accueil du Pont des grilles. Il n'y a rien. **La seule chose c'est une demande, Je suis à la rue. C'est sans condition. On ne le connaît pas.** Ce type là, ça m'est arrivé, il n'était pas de Nantes, mais il était de Grenoble. Le soir de Noël il m'a couru après dans le foyer le soir de Noël avec une hache. Vous voyez ce que je veux dire. C'est vachement bien ça. Et là vous appelez quelqu'un personne ne vient. Mais c'est encore super bien et c'est Noël. Vous avez fait venir les artistes et vous avez une hache qui se trimbale dans le foyer. **Et donc il n'y a pas de vraie procédure,** à la fois des protections des personnes. Il y a plein de dispositifs. Je ne sais pas ceux qui ont vécu ce système.

Pascal PANNETIER : Là c'est Police secours, je suis désolé. S'il y a un trouble qui paraît psychiatrique, c'est grâce au centre 15, grâce au SAMU, grâce au SPUL, faire venir la personne aux urgences pour qu'elle soit évaluée, pour qu'elle dégrise si elle est en état d'intoxication. Une fois qu'elle est dégrisée, pouvoir réévaluer la personne, savoir si elle présente bien un trouble psychiatrique. Et si elle présente un trouble psychiatrique, nous allons la mettre en soin psychiatrique. Donc il ne s'agit pas de créer un nouveau système. Il y a déjà des systèmes qui existent. Il y a déjà le 17, il y a déjà le 18, il y a déjà le 15. Faut déjà travailler avec ces éléments là. **Il faut qu'il y ait une coordination.**

Bernard PANIEL : Il n'y a pas de coordination.

Pascal PANNETIER : **Et là c'est le rôle du SPUL.** Vous pouvez les appeler pour qu'ils vous aident à cette coordination. Ça marche quand même dans de bonnes. Souvent ça peut marcher. C'est vrai que quand vous avez le bon numéro de téléphone et que vous avez la bonne personne au bon moment, je peux vous dire que voilà, vous avez toutes les portes qui s'ouvrent. Et la situation extrêmement complexe qui tout à coup de trouve démêlée. Alors, moi, en tant que chef de pôle, je souhaite que l'EMPP revive. Je souhaite développer cette EMPP. Je pense qu'elle est indispensable. Elle est nécessaire. Nous avons des moyens fléchés qui doivent pouvoir être redéfinis. Donc je suis d'accord moi pour ce M. Le directory de Jury, je pense, va dans le même sens que moi. Et monsieur ASTIER qu'on a vu encore récemment avec madame JENCZAK, il est aussi dans cette disposition là. Donc on est en train de rechercher actuellement avec l'institution. Je pense que là, c'est important aussi que le directeur de l'hôpital montre qu'on travaille avec nos partenaires pour pouvoir démontrer à l'ARS

Compte rendu de réunion

le bienfait de réactiver ces budgets fléchés. Donc moi je ferai tout ce que je peux pour essayer de remettre en place cette équipe mobile. Mais c'est clair que le projet sur lequel on travaille, on va quand même avoir un nombre limité de postes. Déjà si on avait deux postes comme c'était au départ. Si on pouvait respécifier deux, ça ferait au moins une personne disponible tous les jours. Ça serait aux heures ouvrables. Ça ne serait pas la nuit. Mais moi je suis d'accord pour essayer de remettre cette équipe mobile en marche. Euh, c'est la mode en ce moment.

Marie-Claire MULLER : Non mais ce serait déjà merveilleux. Parce que là vous parlez beaucoup de situations de crise, d'urgence. Mais si j'ai une équipe de rue qui veut travailler sur ces personnes quand elles ne sont pas en situation de crise, déjà qu'on sache un petit peu comment éviter les suivantes et comment faire pour avancer. Ce serait déjà énorme.

Josiane JENCZAK : Alors moi je pense effectivement, comme disait monsieur PANNETIER, maintenant je veux dire, voilà, au niveau aussi des soignants du SPUM, vous dites, j'ai entendu tout à l'heure que ça dépend des personnes en fait. De l'accueil qu'on a, téléphonique. Je veux dire, si on les réinscrit dans le dispositif de cette façon là, il est bien entendu qu'il y aura un travail fait avec les infirmiers, les nouveaux, etc., d'information. Ça rentre dans leurs missions que de vous accompagner dans cette information là, etc., je veux dire. Ça il suffit juste de réactiver les leviers, former les nouveaux infirmiers pour que, identifiés comme partenaire, ils vous apportent une réponse. Ça c'est tout à fait possible. C'est sûr que c'est tout des leviers qu'il faut réactiver et qu'il faut formaliser.

Laëtitia COLIN : C'est des leviers, mais en même temps, il y a une réalité d'information. **J'ai le sentiment qu'on ne peut pas partager parfois, avec des infirmiers, des notions qui sont à partager dans l'intérêt de l'accompagnement et donc de la personne.** Je pense notamment à une personne qui a décompensé, qui était psychotique. Je l'avais rencontré à deux reprises avant qu'il y ait une grosse crise. Et la personne m'avait dit qu'elle ne prendrait plus son traitement. A savoir une injection. J'ai spécifié au CMP la non envie de prendre le médicament par cette personne. Et j'avais demandé dans quelle mesure les infirmiers pouvaient me tenir au courant puisqu'ils passaient deux jours après leur avoir donné l'information, s'ils pouvaient me dire si oui ou non la personne avait pris son traitement. Je n'ai eu aucune information. Et quand j'ai appelé le lundi de la semaine suivante parce que ça n'allait pas, on m'a dit appelé la Police. Donc je n'avais pas l'information de la prise du traitement ou pas. Et moi on me demande d'appeler la Police alors qu'on travaille avec le CMP. On est un foyer logement, on accepte des personnes âgées, on joue le jeu sous couvert d'un travail d'accompagnement, de prendre des gens ou d'accepter des gens avec tout un travail en collaboration avec Jury, en lien avec le centre de psychogériatrie ou les CMP. Une simple information certes médicale, mais qui était demandée parce qu'il y avait plein de signaux d'alerte d'une situation

Compte rendu de réunion

qui allait en s'empirant. Et finalement ça c'est très mal passé parce qu'effectivement cette personne a failli étrangler une autre personne âgée. Moi j'ai dû accompagner une femme de 90 ans qui a failli être étranglée. A l'époque c'était à Mercy. Comment ça s'appelle. C'est la cellule pour conforter le jour d'itt (incapacité totale de travail).

Pascal PANNETIER : Les urgences médicaux judiciaires. Qui est maintenant à Legouest.

Laëtitia COLIN : Et là je me retrouve face à un médecin qui dit, qui me renvoie la responsabilité de notre structure à accueillir des gens psychotiques. C'est tout l'enjeu. C'est ce que je disais, on travaille, on est des partenaires sociaux, on est un équipement médico-social. On se doit de travailler avec les partenaires en amont. Alors moi, j'accompagne les personnes âgées. En cours d'accompagnement, je sollicite les partenaires médico-psycho-sociaux, mais aussi les gens viennent vers nous, les partenaires viennent vers nous pour une solution de logement. Avec des travailleurs sociaux qui sont dans l'établissement pour assurer un accompagnement. Donc on fait le choix, on sait nous orienter des personnes, les CMP savent nous orienter des gens. Enfin c'était pas. Mais voilà, pour une situation, où du coup. Alors il s'est passé aussi que dans cette situation, l'assistant avec qui je travaillais était en congés. Donc il y a une réalité aussi de deux mondes différents, à savoir les travailleurs sociaux et les infirmiers. Je pense que si le travailleur social avait été là du CMP, j'aurais eu par son biais l'information. Mais c'est une dure réalité quand on sait les conséquences que ça aurait pu avoir. Et là je ne règle pas des comptes. Je veux juste montrer à quel point parfois c'est difficile.

Olivier POINSIGNON : Pour moi il y a deux points qui sont effectivement importants, c'est l'intervention et la réactivité d'intervention par l'équipe mobile. Il y a quand même une deuxième dimension dans ce groupe des situations individuelles en difficultés, c'est le problème, c'est un sujet que je connais bien, c'est cette question de l'articulation entre les structures et les CMP. Et c'est vrai que, moi pour le coup, j'ai connu les deux côtés de la barrière. Et c'est vrai qu'en même temps, le problème que vous posez, moi je l'ai entendu effectivement à maintes reprises, par rapport à certains CMP. Voilà, je n'en dirais pas plus. C'est d'ailleurs la réflexion dont je faisais part tout à l'heure et sur laquelle on est en train de réfléchir pour harmoniser les pratiques de tous les CMP qui sont très différentes, dans leur position vis-à-vis des structures d'hébergement. Objectivement on est en train, parce qu'il faut aussi qu'on aille au-delà. On est en train d'essayer d'harmoniser dans la douleur, il faut le dire. Au moment où je vous parle, cette question qu'on a à faire est en lien avec les structures d'hébergement. Mais en même temps, il faut aussi qu'on évoque, pas toujours ce qui ne marche pas. Il y a aussi ce qui fonctionne et ce qui marche. Je veux dire. Là je suis quand même

Compte rendu de réunion

entouré, du coup, bien entouré. On a aussi à faire à des services et à des structures avec lesquels on a su développer des partenariats vraiment pertinents. Et pour lesquels je pense que globalement.

Bernard PANIEL : Nous, on est content.

Olivier POINSIGNON : Bon. Vous êtes content. Il faut le dire.

Laëtitia COLIN : J'ai donné un exemple et qui ne montre pas la réalité des autres situations avec lesquels je travaille bien. Mais c'est pour montrer à quel point. Hum. Comment articuler le social et la psychiatrie ?

Pascal PANNETIER : Alors, il y a des Maisons relais par exemple où il y a à la fois du suivi social et du suivi psy. Donc je crois, sur Montigny ou sur Solgne, il y a des choses qui marchent. Et c'est vrai que si un psychotique est placé dans une institution, ça fait parti du b.a.ba du travail de secteur que une équipe du CMP la suive. Donc là il y a quand même un problème de suivi. Alors après il y a l'histoire du secret médical.

Laëtitia COLIN : C'est ça. C'était ça que je voulais aussi soulever.

Pascal PANNETIER : Il est clair que c'est un problème. C'est un vieux serpent de mer, etc. Le secret médical c'est la confidentialité qu'on vous donne dans le cadre d'un entretien médical. Le secret médical ce n'est pas le fait d'avoir un diagnostic. Tout le monde c'est que le patient est psychotique. Tout le monde sait qu'il est sous neuroleptiques. Et tout le monde sait qu'il est suivi au CMP. Donc effectivement, l'information c'est généralement les travailleurs sociaux qui savent le mieux si les médicaments ont été pris ou si la personne est en capacité d'aller consulter. Et c'est souvent les travailleurs sociaux qui permettent d'insister pour que la personne aille consulter. **Donc là c'est un travail. C'est pas avec l'équipe mobile psychiatrie précarité que ça se règlera. Il y a par contre, avec le docteur DECKER, l'équipe terrain. Il y a toujours l'équipe EHRA** (Équipe réseau des alternatives à l'hospitalisation)¹¹. Il y a toujours l'équipe ERAH. Il y a des équipes d'intervention aux heures ouvrables. C'est sûr c'est toujours aux heures ouvrables. Mais normalement ça fait partie du travail de secteur. Et là on a aussi une mobilisation de plusieurs secteurs pour avoir une couverture sur Metz. Donc là c'est plutôt effectivement avec les équipes du docteur DECKER et avec le pôle 5 qu'il faut aborder ça. Ca c'est vraiment du travail de secteur.

Vincent SCHUTZ : Nous on a réussi à tisser des liens, à communiquer.

C'est quoi l'équipe ERAH ?

¹¹ Coordonnée téléphonique de l'équipe ERAH disponible sur le site Internet du CHS de Jury : <http://www.ch-jury.fr/index.php/le-centre-hospitalier/psychiatrie-adulte-et-addictologie/pole-5>

Compte rendu de réunion

Vincent SCHUTZ : Alors l'équipe ERAH, ça veut dire équipe réseau alternatives à l'hospitalisation. Ce sont des gens qui interviennent principalement auprès des structures qui ont été montées par Jury et puis des associations. Mais qui n'interviennent pas sur des structures qui sont en dehors de leur territoire. Sur ce genre de choses ils ne se déplaceront pas.

Pascal PANNETIER : Non mais ce sont des patients qu'ils placent dans des structures. Et une fois qu'ils sont placés dans ces structures, ils les suivent tous les jours. Deux trois fois par semaine.

Stéphane TK : Je vais reprendre la main comme je vous l'ai dis. Je vous laisserai le mot de la fin pour ceux qui voudront. L'idée c'est de savoir vers où l'on va concrètement. Ce que j'entends, c'est que sur le travail de réactiver l'équipe mobile psychiatrie précarité, vous êtes en train d'y travailler, avec madame JENCZAK, la direction de l'hôpital. J'imagine qu'on peut rester en contact ensemble et que je peux rendre compte au fur et à mesure dans le cadre du CLSM de l'avancée sur ce sujet là. Après il y avait la question de développer un travail en réseau. Et peut être que c'est la première étape vers laquelle on pourrait aller. Parce qu'il me semble qu'une fois qu'on aura formalisé quelque chose comme une concertation qui réunit un certain nombre d'acteurs. Alors autour des situations individuelles qui peuvent être signalées via une procédure, mais aussi autour des questions que vous avez soulevé. Maintenant on a la question du partage d'informations. Je pense que sur un plan juridique, aujourd'hui il y a des avancées du fait de la nouvelle loi santé. Et on pourrait imaginer que ça fasse parti d'un des modules de la formation qui est envisagée. Parce qu'il y a l'idée de mettre en place une formation pour développer la connaissance de la santé mentale. Marie-Laurence vous avez une expérience sur ce sujet au niveau des MAIA.

Marie-Laurence ROMAIN : Oui, Depuis deux ans ça a énormément avancé. Parce qu'à partir du moment où il y a l'équipe qui se réunit, médico-social et sanitaire, et qu'on parle d'une personne. Mais c'est vrai qu'on nous oppose de moins cette réserve. Les gens comprennent progressivement. Mais il y a encore des personnes et les médecins libéraux particulièrement qui ont du mal.

Pascal PANNETIER : Ah ça permet de dire qu'on a pas envie de travailler ensemble. Le secret médical ça coupe tout.

Stéphane TK : Et il y avait la question qui avait déjà été soulevée dans d'autres réunions au niveau de la procédure qui n'est pas toujours très claire en fonction de là où l'on est. Dans la manière de prendre en charge une personne, en gros la question était de savoir qui fait quoi comment. En situation de crise.

Bernard PANIEL : Parce qu'il n'y a pas de procédure, il n'y a pas de lien. Et on est seul au milieu. Et ce n'est pas si simple pour le type.

Compte rendu de réunion

Stéphane TK. : Mais quand on entend le docteur PANNETIER, il y a quand même des choses.

Pascal PANNETIER : Il s'agit déjà d'utiliser ce qui existe. Et qu'il y est du lien entre ces structures qui existent.

Bernard PANIEL : Donc, les pompiers ont refusé, t'appelles le SPUL. Le SPUL il dit Ben il va à côté. Et le SMUR c'est bon. Faut que les policiers. Ca veut dire que c'est le type tout seul, au moment de la crise doit tout faire. Et il peut pas. Et qui va prendre une fois l'idée de coordonner. On n'a pas dit de créer quelque chose de nouveau, mais de coordonner. C'est comme lorsqu'on ouvre une alerte. Alerte un, il y a une crise là. Et c'est surtout, on arrête pas tant qu'il n'y a pas de retour au calme, qu'il n'y a pas une solution qui a été trouvée. Parce que dans ces situations de crise, assez souvent, on se retrouve à gérer la fin de la crise tout seul. Et les trois quart du temps c'est on fout dehors. Et c'est un peu ça quoi.

Marie-Claire MULLER : C'est vrai que c'est une difficulté. Je vous dis, il n'y a pas que les travailleurs sociaux qui se sentent isolés. Vous savez les médecins. Souvent c'est encore plus difficile parce que quand vous êtes médecin, on vous dit, Essayez avec l'hôpital. Ca c'est des situations quand même assez exceptionnelles. Il faudrait que tout le monde soit autour d'une table.

Bernard PANIEL : Oui, c'est ce que je dis.

Marie-Claire MULLER : Mais est-ce qu'après les gens auront les moyens et la volonté de faire ?

Stéphane TK : En tous cas c'est bien l'idée, c'est de mettre tout le monde autour de la table dans le cadre du CLSM. Il y a un comité de pilotage. Il est nécessaire de faire venir les acteurs manquants comme les pompiers.

Olivier POINSIGNON : Je trouve que c'est vraiment pertinent et j'ai entendu tout ce qui s'est dit. Mais moi je reviens juste sur ce deuxième niveau qui n'est pas celui de l'urgence. Ce deuxième niveau qui est celui des relations entre les centres d'hébergement. C'est vrai que ça va des foyers logement jusqu'au FJT. Ca représente un paquet de personnes. C'est vrai cette question de réseau elle me semble effectivement importante. Parce que toutes les situations ne se traitent pas effectivement en urgence. Elles se traitent. La question du traitement social et psychiatrique d'une situation d'urgence. C'est avant que la personne intègre une structure. Qu'est-ce qu'on s'est donné comme moyen pour coopérer et baliser au maximum ? On sait bien que tout n'est pas prédictible. Qu'est-ce qu'on se donne comme moyen pour maintenir la personne au maximum et pour prévoir éventuellement des sorties pour soulager la structure, y compris des hospitalisations séquentielles si nécessaire. Il y a tout se travail aussi. Et moi j'ai quand même envie de dire que quand même sur le bassin messin, on

Compte rendu de réunion

a eu à la fois le meilleur comme le pire. On a assisté à un certain nombre d'écueil comme celui que vous souligniez tout à l'heure. Il y en a eu d'autres. Mais il y a eu aussi des expériences qui fonctionnent très bien.

Marie-Laurence ROMAIN : Est-ce qu'on peut s'inspirer de ce qui fonctionne ? Parce que l'idée c'est ça, s'inspirer de ce qui fonctionne, voir là où précisément ça fonctionne. Et le mettre en relation avec ce qui ne fonctionne pas pour voir ce qui a bloqué. L'idée c'est ça aussi. Parce qu'on a quand même un cas qui fonctionne pas, c'est un cas de trop. L'idée c'est ça. C'est pour ça qu'o en parle de ces personnes. Alors quand ça fonctionne à quoi ça tient ? Ca ne tient pas qu'aux gens. Ca tient aussi aux gens.

Vincent SCHUTZ : Ah ça tient aux gens.

Bernard PANIEL : Je dirais ce que nous on a constaté, c'était le relationnel. C'était le relationnel entre les personnes qui se connaissait.

Marie-Laurence ROMAIN : C'est à dire qu'il faut créer ces occasions là.

Bernard PANIEL : A l'accueil du Pont des grilles il y avait une permanence du CMP. Je pense une fois par semaine. Je ne me rappelle plus. Ils voyaient les gens aussi. Et ils préparaient même l'hospitalisation avant que ça arrive. Ca c'était super. Et on a évité un tas de choses comme ça. Mais beaucoup de choses étaient liées au relationnel.

Marie-Laurence ROMAIN : Ca veut dire qu'il faut recréer, remettre ça en place.

Pascal PANNETIER : Quel est votre lien avec le projet du RESAM (Réseau de solidarité des associations messines), de plateforme médicosociale au center de Metz ?

STK : Concernant ce réseau, il y a des structures qui participent et la présidente est déjà venue à une réunion, mais pour le moment il n'y a pas.

Pascal PANNETIER : Ils viennent de changer de présidence. Donc c'est vrai que ce sont d'autres partenaires, mais moi je pense que on est dans la même logique. C'est-à-dire le travail de réseau. L'idée de cette plateforme qui est soutenu par le Contrat local de santé. Il y a la ville de Metz dedans. L'idée c'était que la PASS, elle est trop excentrée sur l'hôpital de Mercy. C'est surtout pour pouvoir bénéficier du plateau technique pour les patients qui auraient besoin de soins. Mais il manque la dimension de proximité et il y a des besoins sociaux, il y a des besoins de santé, il y a des besoins psychiatriques. Donc c'est vrai que il y a aussi les demandes de migrants. Là en ce moment il y a une énorme demande de consultation de la part de migrants. Ou soutenu plutôt par des besoins de

Compte rendu de réunion

certificats, de sursis humanitaires, etc. L'idée plutôt que d'envoyer tout le monde vers les CMP et d'emboliser les CMP, avec l'aide de Médecins du monde, avec l'aide d'autres, l'idée c'était plutôt d'envoyer une équipe infirmière, voire de temps en temps peut-être un psychiatre, sur cette plateforme. Faire une évaluation succincte et, là, dire Oui ça relève bien du CMP. Plutôt que d'emboliser les CMP qui actuellement ne peuvent plus donner de rendez-vous. Il s'agit de faire en amont grâce à cette plateforme, avec une permanence une fois, deux fois, trois fois par semaine. Et depuis là dire Ben voilà, il s'agit vraiment d'un problème de santé mentale, il s'agit vraiment d'une personne qui a besoin d'un suivi, d'un soutien et on passe le relais au CMP. Donc l'idée c'est d'arrêter cette espèce d'envoyage systématique avec en plus maintenant les CMP qui disaient On ne reçoit plus. Au début d'année on avait des CMP qui disaient On ne reçoit plus.

Vincent SCHUTZ : Oui parce que le Service intermigrant qui faisait les traductions qui ne pouvaient plus nous fournir en traducteurs. [Plusieurs participants confirment que l'association a été dissoute].

Pascal PANNETIER : Donc moi j'aimerais bien que, voilà, ces deux projets puissent peut-être se rapprocher et voir si l'on n'est pas en train de faire un doublon.

STK : alors pour le réseau, ce que je vous propose, c'est d'organiser au mois de septembre, avec tous les acteurs nécessaires pour que l'on voit ce qu'il est possible de faire. Soit le RESAM garde la main et dans le cadre de son réseau s'ouvre à des problématiques de santé mentale. Pour en avoir discuté avec eux, je crois que cela les intéresse. Donc ça c'est pour la partie réseau. Pour la partie réflexion autour d'une instance de concertation spécifique aux situations individuelles en difficultés, ce que je vous propose c'est que d'ici à la prochaine réunion, je vais prendre contact avec le CCAS. La veille sociale existante, voire dans quelle mesure, on ne va pas recréer quelque chose si ça existe. Comment la santé mentale peut s'intégrer à cette instance existante. Et du coup, peut-être qu'à cette réunion, si la directrice est disponible, la convier à la réunion. Et j'en discuterai préalablement avec pour voir comment on peut mettre en place un aspect spécifique aux situations individuelles en difficultés sur le champ de la santé mentale dans le cadre de cette instance.

Marie-Claire MULLER : Qu'elle est la différence entre une commission des situations complexes et la veille sociale du CCAS ?

STK : Alors la veille sociale c'est une instance qui existe déjà. Aujourd'hui la réflexion que l'on a sur la situation individuelles en difficultés, il n'existe rien. On a fait un certain nombre de constats. Et l'idée c'était peut-être de mettre en place une instance de concertation. Mais comme il y en a une qui existe. Si elle fonctionne et si le CCAS est prêt à l'élargir aux problématiques spécifiques santé mentale, ce n'est pas la peine de recréer quelque chose.

Compte rendu de réunion

Marie-Claire MULLER : Sachant que le CCAS c'est pour des plus de dix huit ans en errance. C'est uniquement pour des personnes en errance sur la ville de Metz.

STK : Lors de la précédente réunion j'avais effectivement souligné que la limite d'intégrer les instances existantes c'est qu'elles sont très spécifiques. La DDCS c'est spécifique au logement. Je sais que la veille sociale c'est spécifique aux publics en errance. Mais après voilà, on peut déjà tenter le coup de voir si ça peut s'ouvrir et se redéfinir. Et sinon peut-être qu'il faudra créer une commission spécifique. Sachez qu'au niveau des CLSM d'en d'autres régions, d'autres villes, certaines comme à Lyon, à Paris, ont créé leur propre commission. Mais j'entends que ce n'est pas la peine de créer quelque chose si ça existe déjà.

Bernard PANIEL : L'autre commission des situations atypiques c'est plus liée à la DDCS avec tout ce qui passe par le 115 ou par les centres d'hébergement. Et leur problème c'est tous les gens qui vont dans les Centres d'hébergements et qui se font virer par leur comportement. C'est comment travailler pour pouvoir les réinsérer. Alors il y a eu la halte de nuit qui a été créée.

Karim ABDELLI : Après il y a les situations orientées par les assistantes sociales. Par exemple, par le Département. Ca c'est élargi.

Marie-Laurence ROMAIN : Mais il y a la commission des situations complexes dans ce cas là, maintenant. Liée avec les AS et l'ASE.

Pascal PANNETIER : Je connais bien madame CHABEAU et quand elle a besoin de quelque chose elle sait me téléphoner. Mais par exemple, j'ai eu dans les derniers mois deux situations qui me sont arrivées dans ma boîte mails. Une il y a eu confusion, c'était marqué SPUL. Mais c'était SPUL Thionville. Moi je suis SPUL Metz. Et donc c'était une situation plutôt thionvilloise que je ne connaissais pas du tout. J'ai vu qu'elle était suivie par les collègues de Jury, sur le CMP, mais sur les secteurs du pôle 4. Et puis une autre. Un patient que j'avais suivi, que j'avais soigné. Et qui était en conflit. Et bon qui avait eu des histoires. Je ne me voyais pas participer à une réunion sur un patient que je connaissais, que j'avais suivi, que je connaissais personnellement. On lui reprochait je crois des attouchements sur une petite fille du voisinage. C'est un patient que je ne suis plus, mais que j'ai longtemps suivi. Donc là effectivement j'étais en difficulté sur le plan secret médical. Donc je m'en suis un peu sorti parce que le collègue de la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) a pu représenter la psychiatrie sans qu'il est de lien direct. C'est vrai que quand vous avez un patient que vous avez suivi, vous ne pouvez pas participer à une réunion. Ou alors il faut informer le patient qu'il va y avoir une réunion sur lui et qu'il nous autorise à participer à cette réunion. C'est vrai qu'il y a un vrai problème de secret médical.

Compte rendu de réunion

Vincent SCHUTZ : En principe ils le sont. Toutes les personnes qui passent en situation atypique sont informées.

STK : En tout cas, la réunion prochaine, je prendrai contact avec la DDCS et le CCAS. Et je voulais simplement vous dire pour terminer. Il y a deux points qui étaient évoqués autour de la question du logement. Il y a un groupe qui se réunit actuellement. N'hésitez pas à venir. C'est aussi un groupe où l'on peut réfléchir à d'autres solutions. On avait dit rendre ce qui fonctionne. Aujourd'hui ça prend une tournure un peu restrictive autour d'un partenariat entre bailleurs et hôpital. Mais je pense qu'il faut rester ouvert à la question plus large de l'accès et du maintien dans le logement. Et pour terminer, il y avait l'exemple autour du secret médical, mais il y avait aussi, un groupe qui réfléchit à la mise en place d'une formation. Donc tout ça ça peut être des modules sur connaître les limites de la psychiatrie. Pourquoi pas. En faire un module autour de mieux connaître le système psychiatrique aujourd'hui, tel qu'il fonctionne sur le territoire messin. A destination des travailleurs sociaux par exemple. Voilà, c'est pour vous dire qu'il y a aussi d'autres et n'hésitez pas à les rejoindre.

Pascal PANNETIER : Vous parlez de formation. C'est des choses auxquelles on peut participer. Si vous avez des thèmes. Je ne sais pas, par exemple, tout ce qui est psychotraumatisme, conduite suicidaire, on peut très bien faire la formation sur la prévention du suicide par exemple. Il n'y a pas besoin de faire venir de gens extérieurs. On peut avoir au sein du groupe des gens qui ont des compétences et qui peuvent participer à une formation.

STK : C'est complètement l'idée. Je n'hésiterai pas à revenir vers vous. Là on est au début.

ANNEXE

ANNEXE 1 : SYNTHÈSE DES PRÉCÉDENTES RÉUNIONS DU GROUPE

Ce groupe projet s'est réuni à trois reprises (15 mars, 5 avril et 4 mai).

« Situations individuelles en difficultés »

Les échanges ont mis en évidence comme caractéristiques des situations individuelles en difficultés :

- la présence d'une problématique liée à la santé mentale ;
- la complexité de la situation qui dépasse le champ de la psychiatrie ;
- la difficulté, voire l'absence de prise en charge des personnes concernées.

Il est également remarqué que ces situations :

- concernent tous les âges de la vie ;
- sont hétérogènes du fait des modes d'intervention différenciés des structures ;
- et ne correspondent pas à des situations d'urgence pour lesquelles il s'agit d'assister une personne en danger.

Domaines concernés par la problématique

Les constats et propositions concernent quatre principaux domaines :

1. La coordination entre les acteurs.
2. L'organisation de la ressource disponible.
3. La complexité du champ de la santé mentale.
4. Les contraintes liées à la prise en charge en psychiatrie.

| Réunion du 4 mai | |
|--|---|
| 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). |
| RÉUNION DU 5 AVRIL | |
| Constats | Propositions |
| <ul style="list-style-type: none"> • Manque de personnels • Manque de communication entre le 115 et les structures. • Question de la place du médecin généraliste avec les autres partenaires (médecin de ville et institutions) et la famille. • Difficulté de trouver un médecin pour poser un diagnostic. • Besoin d'une présence de la psychiatrie dans la rue (équipe mobile de psychiatrie, soutien aux équipes par des interventions rapides dans la rue, au domicile, dans les foyers ...). • Absence d'analyse pour éclairer une situation. • Difficulté pour évaluer les risques que peut présenter une personne pour elle et les autres. • Un groupe exprime également le besoin d'un référent médical. | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une équipe mobile psychiatrique. • Mettre en place une procédure pour saisir/identifier un médecin. • Améliorer la liaison entre le 115 et les structures. • Former les accueillants des structures. • Partager des outils interopérables. • Partager l'évaluation des troubles cognitifs et leur retentissement dans la vie de tous les jours. • Intégrer la santé mentale dans les instances de concertation existantes (vieille sociale du CCAS¹², commission des situations atypiques de la DDCS¹³). • Créer un lieu ouvert, accessible du type « maison de santé ». |
| RÉUNION DU 15 MARS | |
| Propositions | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Contractualisation entre l'hôpital, la structure d'accueil et le patient. • Amélioration de la visibilité de l'offre disponible au moyen, par exemple, d'un annuaire. • Action de prévention en psychiatrie à destination des personnes vivant dans la rue en favorisant auprès d'elles une présence médicale. • Travail autour de l'entente entre les structures dans le cadre d'une démarche de soins psychiatriques sans consentement. • Organisation de rencontres systématiques sous la forme par exemple d'une réunion de synthèse. | |

¹² CCAS : Centre communal d'action sociale.

¹³ DDCS : Direction départementale de la cohésion sociale.

