

# Maltraitance aux urgences, faillite de la prévention

Encéphale,

22 janvier 2025

**Dr Jean-Luc Roelandt**





**Je déclare n'avoir  
aucun lien d'intérêt  
avec les industries de  
santé**

Encéphale,

22 janvier 2025?

**Dr Jean-Luc Roelandt**





# Les valeurs

## du CCOMS-GCS

- Implication de tou.tes les citoyen.nes afin de faire de la santé mentale l'affaire de tou.tes
- Affirmation des droits et de la pleine citoyenneté des personnes usagères des services de santé mentale tels que promus par la Convention Internationale de l'ONU relative aux Droits des Personnes Handicapées (CIDPH)
- Lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes confrontées à une souffrance, un trouble ou une situation de handicap d'ordre psychique
- Promotion des services de santé mentale – sanitaires, psychiatriques, sociaux et médico-sociaux - intégrés dans la Cité, sur des territoires de proximité
- Participation effective des personnes usagères des services de santé mentale, des aidants et proches à l'amélioration de la qualité des services, de la recherche et de la formation
- Reconnaissance et valorisation des savoirs expérientiels en santé mentale

	Psychiatres pour 100 000 habitants	Lits pour 100 000 habitants	Admissions pour 100 000 habitants	Taux de suicide pour 100 000 habitants (OECD 2009)	Part en % du budget santé mentale sur le budget santé générale	Nombre de personnels /100000 habitants
<b>France</b>	<b>22 (23)</b>	<b>95.2 (90)</b>	<b>1020 (527)</b>	<b>16.32 (9,65)</b>	<b>12 (359€)</b>	<b>141</b>
<b>Italie</b>	<b>9.8 (6,39)</b>	<b>8 (8)</b>	<b>758 (NA)</b>	<b>5.98 (4,33)</b>	<b>5 (65€)</b>	<b>43</b>
<b>Royaume Uni Uni</b>	<b>12.7 (13.7)</b>	<b>23 (26)</b>	<b>286 (148)</b>	<b>6.38 (6,88)</b>	<b>14</b>	<b>201</b>
Belgique	23 (NA)	152 (118)	900 (566)	19.6 (13,9)	11	173
Allemagne	8.7	75	1240	11.0	11	
Suède	24	54	1200	12.0	10	
Espagne	6.1 (national)	8 (Galice)	184 (Castille)	7 (national)	7 (national)	
Roumanie	4.7	75	1301	12	3	
Grèce	15	18	355	3	Non renseigné	

**Source : OMS Europe 2008 Policies and Practices for Mental health in Europe – meeting the challenges**

**( ) chiffres Atlas OMS 2024**



# Les urgences :

## Organisation

- Aucun consensus professionnel sur la notion d'urgence : trois types, décompensation trouble sévère, urgences mixtes (TS, DT), réactions émotionnelles
- Pas ou peu de services dédiés
- Pratiques parfois délétères aux urgences , accroissent la stigmatisation
- Pas de permanence des soins psychiatriques
- Pas de parcours type de patients aux urgences
- 70 lignes de garde, astreinte 33%, garde 24%, G+A 43%
- Ouverture des cmp soir et week-end difficile, RV jusqu'à trois mois d'attente PG, 9 mois PIJ
- Pas d'astreinte de secteur/territoire

# Quels types d'urgences

- Gestes auto-infligés +133% (2019-2021)
- 20% urgences psy=sevrage , 50% des urgences addictologie (La Timone, 3500 addictologie /6000 urgences psy)
- IPP, 2000 passages, 1/3 SDF, 90% substances
- 18% viennent trois fois et plus aux urgences
- Augmentation Etats Dépressifs 2eme confinement, jeunes et femmes , personnes seules, familles monoparentales,difficultés financières,Étudiants , chômeurs,
- Obstacles à l'accès aux soins mineurs non accompagnés (50% troubles réactionnels à la précarité, 37% psycho-somatique , 12% ED)
- Manque de pédo-psychiatres, et augmentation des prescriptions médicamenteuses



# Etat des Lieux de la psychiatrie

**Un état des lieux contrasté, moins de patients en première demande plus de soins sans consentement et iso contention, plus de psychiatres , inégalités territoriales majeures**

- **-39%** nouveaux patients 2019-2023 psychiatrie générale, Baisse activité des cmp, augmentation des hospitalisations IJ
- Plus de jeunes, + prévalence des difficultés sociales, patients précaires, étudiants , immigrés, sans abris
- **+26% HSC** (très haut en Europe), 1SSC /10 en iso-contention , 10000 personnes en contention
- **+ 20%** psychiatres 2012-2022 (retraités actifs essentiellement)
- Mais **-14%** uniquement en libéral, 1 à 69 psychiatrie libéral pour 100000 habitant
- Et **-34%** pédo-psychiatres (545) 2010~2022
- Coût: **26,2 milliards d'euros** , privé lucratif très rentable (pathologies choisies )

# État des lieux de la psychiatrie

- Fonctionnement psychiatrie publique en mode dégradé, postes de psy vacants, + isolement contentions, - de droits (cf le monde),
- Beaucoup de Programmes de soins (même efficacité que prise en charge attentive dans la communauté )
- Système trop hospitalo-centré, la plupart des crises pouvant être prises en compte en dehors des urgences
- Lits occupés par des personnes séjournant depuis plus d'un an sans solutions sociales (36% les lits EPSM de Caen)
- Pas de plan de crises conjoints systématiques faits par des MSP
- Manque de soins et non accessibilité dans la cité



# Lacunes de la prévention promotion

- Défaillance de l'amont
- Pas de détection à l'école , ni prévention ni accompagnement
- Mineurs de l'ASE vulnérables, manque de moyens dans les structures d'accueil
- Pas de permanence de soins de territoires pour les Médecins Généralistes
- 120000 Patients ALD sans Médecin traitant, Pas de formation à la dé-prescription
- Prévention surtout tertiaire, des déserts médico-sociaux
- Pas de politique de promotion prévention
- Pas de prise en compte suffisante des déterminants sociaux , essentiellement à la portée des acteurs locaux



# Lacunes de la prévention promotion

- Pas de coordination territoriale organisée, ctps surtout libérales, peu de coordination médecine générale social, et psychiatrie
- Municipalités démunies, bailleurs sociaux embarrassés pas de logement ressource
- Illisibilité des dispositifs pour les élus et citoyens
- Défaillance de l'aval: pas d'équipe mobiles de soins intensifs et de crises dans la cité
- Accès aux logement et emploi compliqués
- (Lits encombrés par personnes sans logement ni accompagnement )



# État des lieux

## Problématique

- Pas de diminution des troubles psychiques dans la population depuis plus de 25 ans
- Système essentiellement curatif et coûteux
- Stigmatisation toujours présente et (très) forte (pas de modifications depuis 25 ans)
- Dangereusité du « malade mental » toujours d'actualité
- Nombre élevé de contentions et d'isolements, pratiques coercitives
- Pas d'évolution de la mortalité (-16 ans espérance de vie)
- Faillite de la prévention ? Passer à une autre dimension



# Une révolution déjà en cours

## Une révolution douce en marche, mais pas toujours visible

**Un leitmotiv :**  
**L'amélioration des conditions de vie, de l'accès aux soins et les droits des usagers et des aidants et favoriser coûte que coûte le contact social**

- La conception des soins a changé : la psychiatrie Vers la santé mentale
- L'organisation des soins a changé : de l'hôpital psychiatrique au secteur, du secteur aux réseaux
- Passage d'une offre de soins médico-centrée à une offre de santé
- De l'attente de la demande à aller vers la demande
- Les patients sont devenus des usagers ou utilisateurs de services
- Nouvelles notions : citoyenneté, rétablissement, empowerment
- Reconnaissance de l'expertise des personnes concernées (usagers et aidants) : groupes d'entraide mutuelle (GEM), savoir expérientiel, médiateurs santé-pairs...
- Des soins individuels à des soins populationnels (CLSM)
- D'une politique de structures dispensant des services à une politique de soins à l'utilisateur centrée sur ses besoins
- Prise de conscience avec la Covid19 que nous avons tous une santé mentale : on peut en parler !
- ... Avec les répercussions essentielles sur l'organisation même des services, basés dans la communauté



Les États devraient mettre en place des services et un appui qui soient axés sur l'être humain et les **droits de l'homme**, y compris dans le domaine de la santé mentale, et faire en sorte que ces services soient enracinés dans la **communauté** locale, **participatifs** et **respectueux du contexte et de la culture**, et qu'ils permettent ou favorisent la participation des intéressés à la société. Ces services devraient en outre être mis à la disposition des intéressés **là où ils vivent**, afin que leurs réseaux **familiaux** et **personnels** ne soient pas fragilisés et soient, au contraire, soutenus et renforcés.



#CHOOSEHEALTH

# L'avenir de la santé dans un monde mouvant



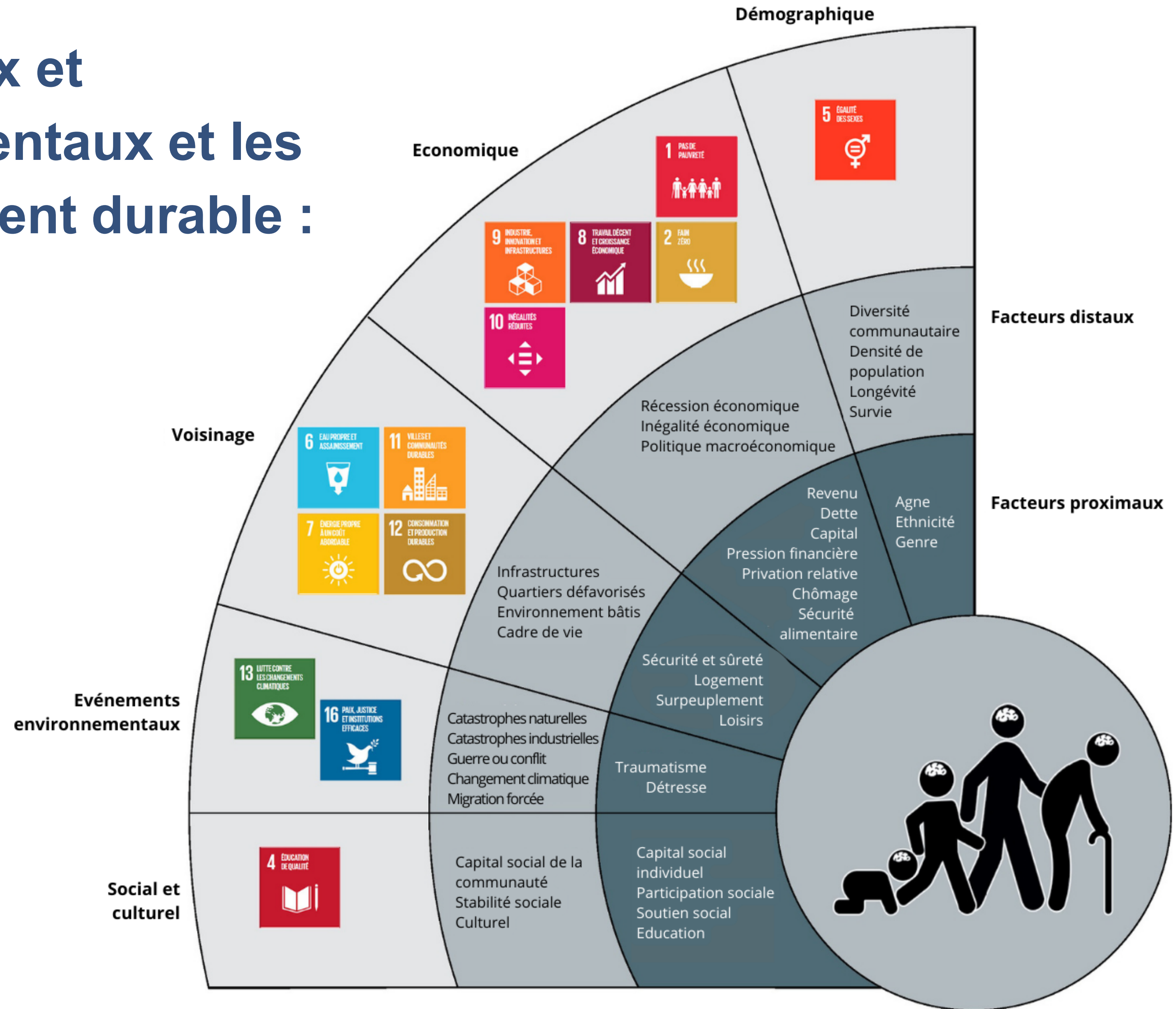
Organisation mondiale de la Santé [www.who.int/shanghai2016](http://www.who.int/shanghai2016)



Neuvième Conférence mondiale sur la promotion de la santé  
SHANGHAI 2016



# Les déterminants sociaux et culturels des troubles mentaux et les Objectifs de développement durable : un cadre conceptuel



Déterminants sociaux des troubles mentaux et du développement durable  
 Objectifs de développement : une revue systématique des revues  
 Saxena & all, Lancet 2018

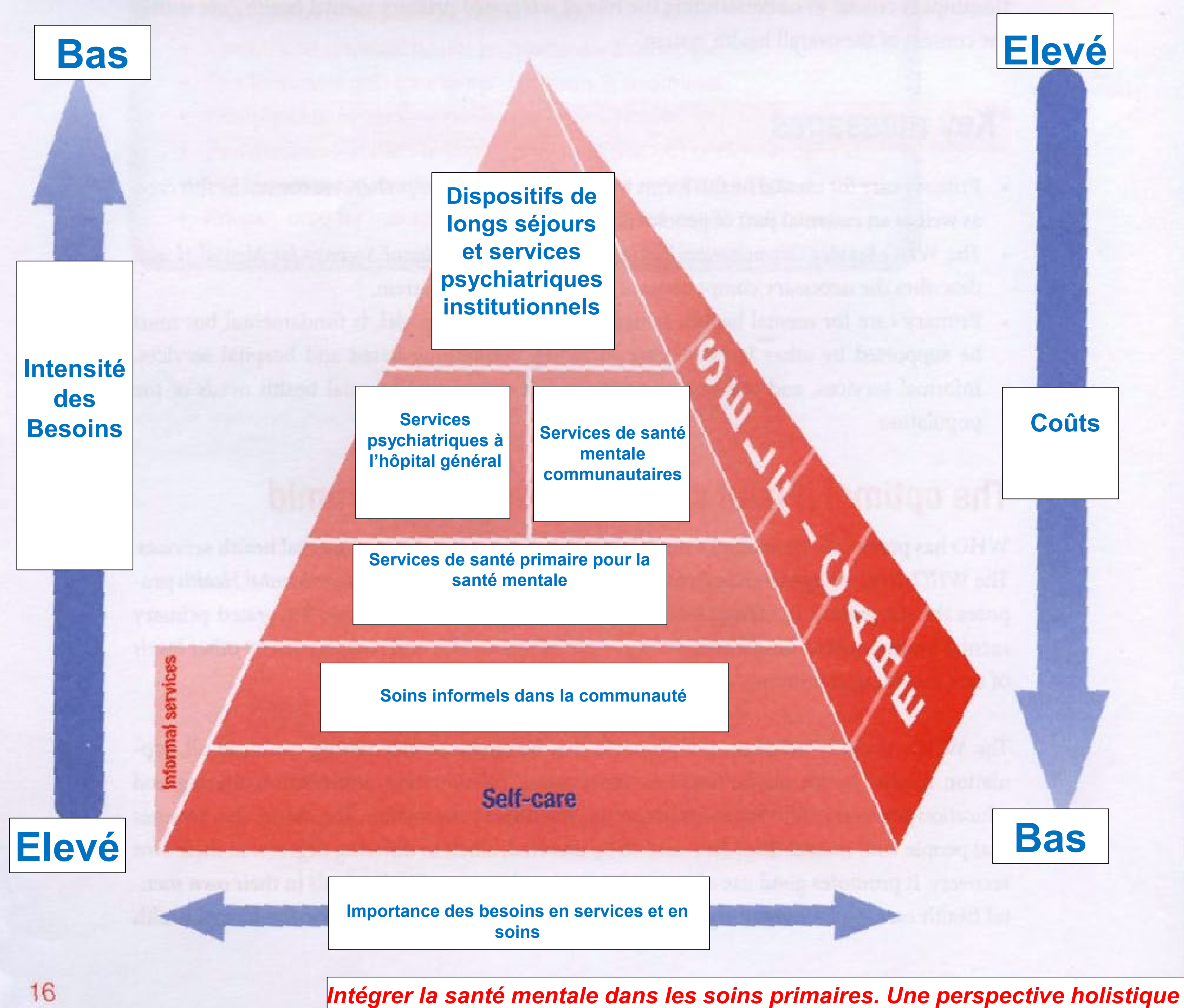


# La Pyramide

## De l'OMS pour les soins en santé mentale

Les soins primaires pour la santé mentale doivent être organisés en lien avec d'autres niveaux de soins notamment :

- Soins communautaires et services hospitaliers,
- Soins informels dans la communauté,
- et le self-care / prendre soin de soi.





# Penser un système de soin

# efficace

## Faciliter l'accès aux soins :

- ✓ Diminuer le nombre de troubles graves nécessitant une hospitalisation

## Un soin **précoce**, **continu** et de proximité :

- ✓ S'adapter aux besoins : des soins acceptables
- ✓ Éviter les récurrences, les rechutes... c'est en ville que cela se passe
- ✓ Coordination avec les autres acteurs de soins, urgences, médecin traitant...

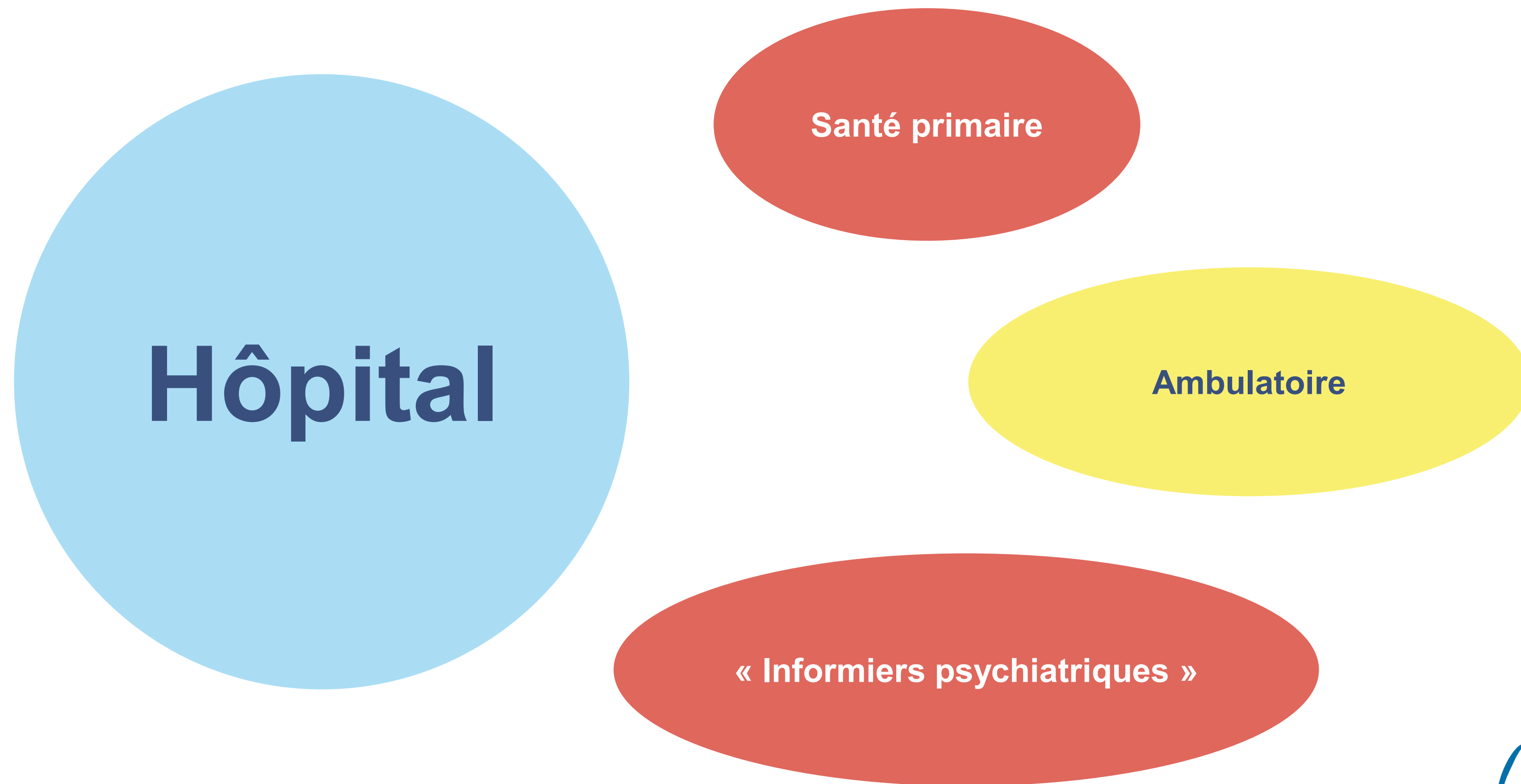
## Accompagner l'insertion du handicap :

- ✓ Assurer le maintien en santé
- ✓ Loisir, culture, travail, logement

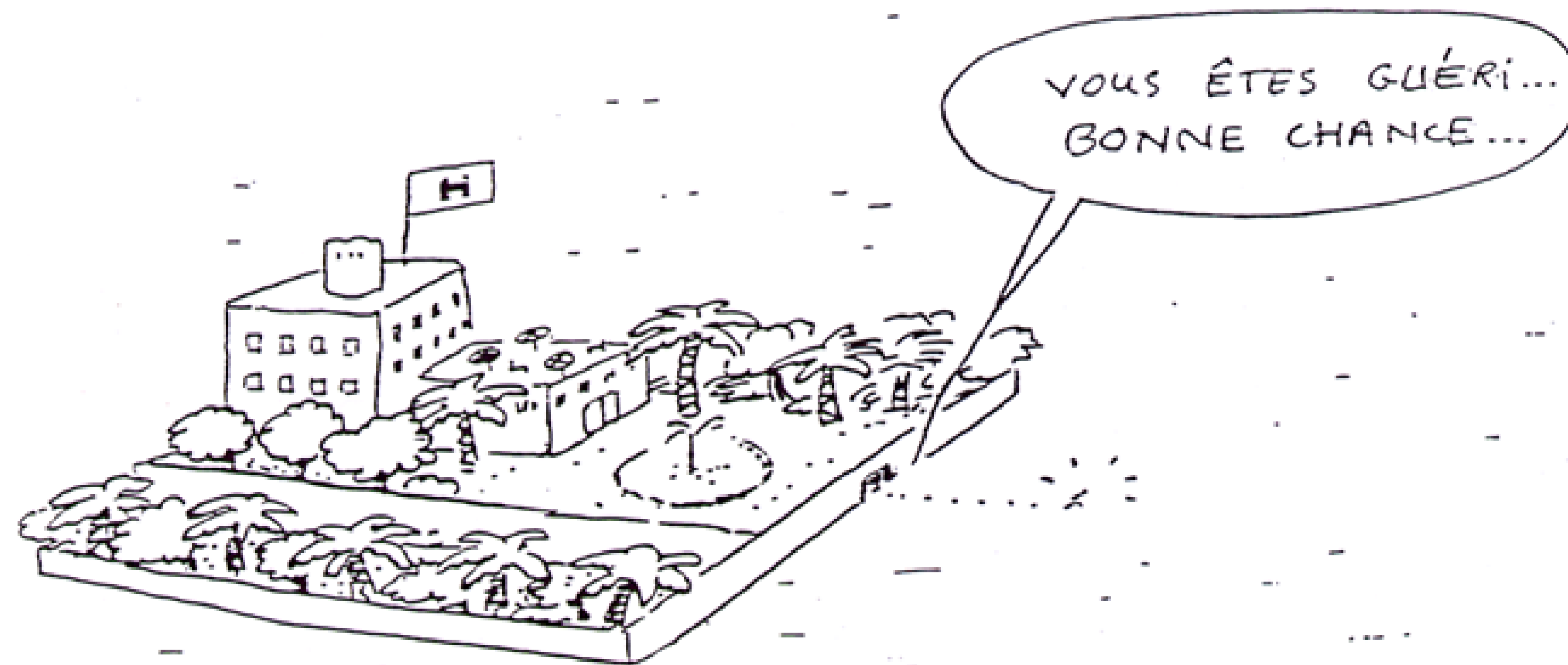
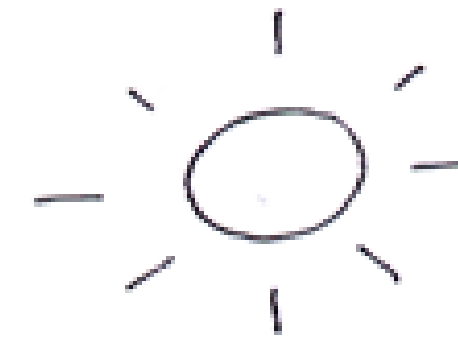
DEFROMONT, L. (2012). *De la santé mentale communautaire aux bonnes pratiques en santé mentale; une proposition de grille d'évaluation. (Mémoire pour le Diplôme inter universitaire « santé mentale dans la communauté »)*



# Modèle du *XX<sup>ème</sup> siècle*







VOUS ÊTES GUÉRI...  
BONNE CHANCE...

TS 95



# Modèle du *XX<sup>ème</sup> siècle*

Lits sécurisés

Offre résidentielle  
avec soins (EM)  
F5 / F3 / F2b

Insertion et  
Réhabilitation F3

Equipe Mobile  
(EM) de Santé  
Mentale  
Communautaire  
F2a / F2b

Lits  
hospitaliers  
aigus F4

Famille d'accueil  
court terme F4

Hospitalisation  
à domicile et  
équipe  
d'urgence F2a

Santé primaire F1

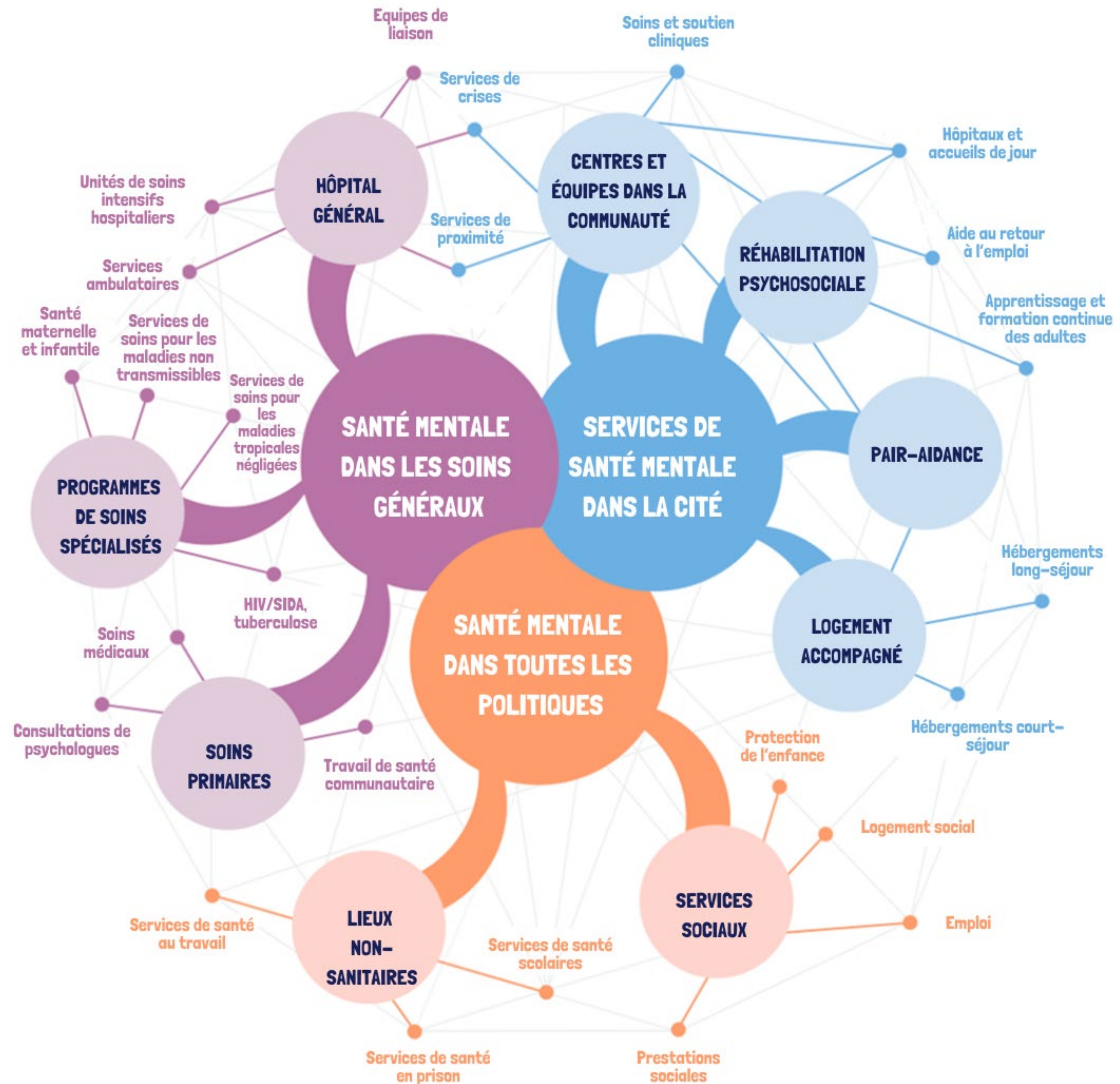
Self Help et Entraide



# Modèle de réseau

## de services de santé mentale de proximité

Chaque pays, quelles que soient ses contraintes en matière de ressources, peut prendre des mesures pour restructurer et développer les soins de santé mentale.





# Une bonne gouvernance pour une psychiatrie citoyenne

## *Les principes*

- 1. « Ne pas avoir des partenaires mais être partenaires »**  
Les conseils locaux de santé mentale, travail en réseau, avec toute la cité, citoyens, usagers aidants,
- 2. L'hospitalisation alternative aux soins dans la communauté**  
Répartition des personnels des secteurs 60/40, les équipes mobiles, le lien systématique avec le système de santé primaire
- 3. L'insertion à la porte du patient**  
Les équipes mobiles
- 4. L'autonomisation des usagers**  
« Rien à propos de nous, sans nous »  
Les GEMS, les médiateurs de santé-pairs, participation au fonctionnement des services de psychiatrie
- 5. Le respect des droits:** non isolement, contention, portes ouvertes, limitation des soins sous contraintes



# Une expérience aboutie

## Inclure ces principes et relever ces défis

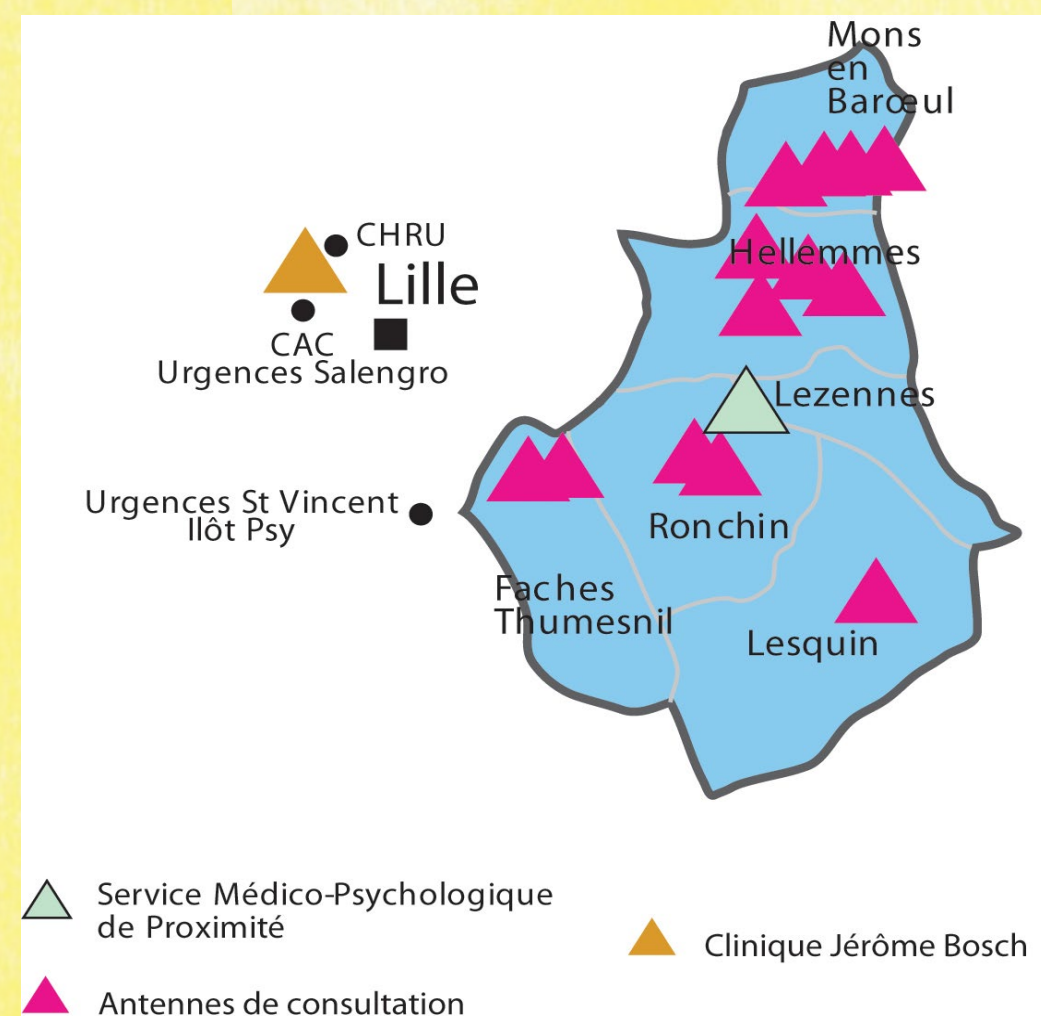
- Orienté vers le rétablissement
- 3.500 personnes vues par an
- 1er rendez-vous 48h, normes iso
- 10 lits + 2 lits pour les proches
  - Durée moyenne du séjour : 10 jours
  - Très peu de contention - pas d'isolement
- Proximité, 10 lieux de consultation intégrés (MG, Médecine sportive, , etc, 9h-20h,
  - Large éventail d'heures d'ouverture
  - Lien étroit avec les médecins généralistes, qui prescrivent les pharmacies et les infirmières indépendantes
  - 130 membres du personnel + Représentants des usagers très impliqués dans le service, 5 médiateurs de santé -pairs
- Deux équipes mobiles
- Soins ambulatoires (y compris les soins intensifs)
- Logement accompagné
- Conseil local de santé mentale





# Offre de consultation :

## Service médico-psychologique de proximité : SMPP



### Objectif : favoriser et optimiser l'accès aux soins ambulatoire pour

le plus grand nombre et proposer des soins adaptés aux besoins

- ✓ Proximité, 10 lieux de consultation (CCAS, maison médicale, centre medico sportif, centre social, centre de soin infirmier...) + au domicile
- ✓ amplitude horaire 9h-20h et samedi matin
- ✓ Pas de liste d'attente, Travail sur la disponibilité des consultants
  - Plages d'urgence
  - Plages nouvelles demandes (psychiatre, psychologue, psychomotricienne)
- ✓ Présence IDE 7 jours / 7 essentiellement au domicile (avec le SIIC)
- ✓ **En lien avec la santé primaire**
  - \***Courrier /pas de prescription des psychiatres/**
  - \***Délivrance de traitement par les IDE libérales, les pharmacies**

**Travail et coordination avec l'ensemble des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoires**

-Defromont, L., Verriest, O., & Dudenko, P. (2012). Les médecins généralistes au coeur de la santé mentale. *Revue hospitalière de France*, (547), 20-23. ( 3ieme prix 2013 décerné par la revue )

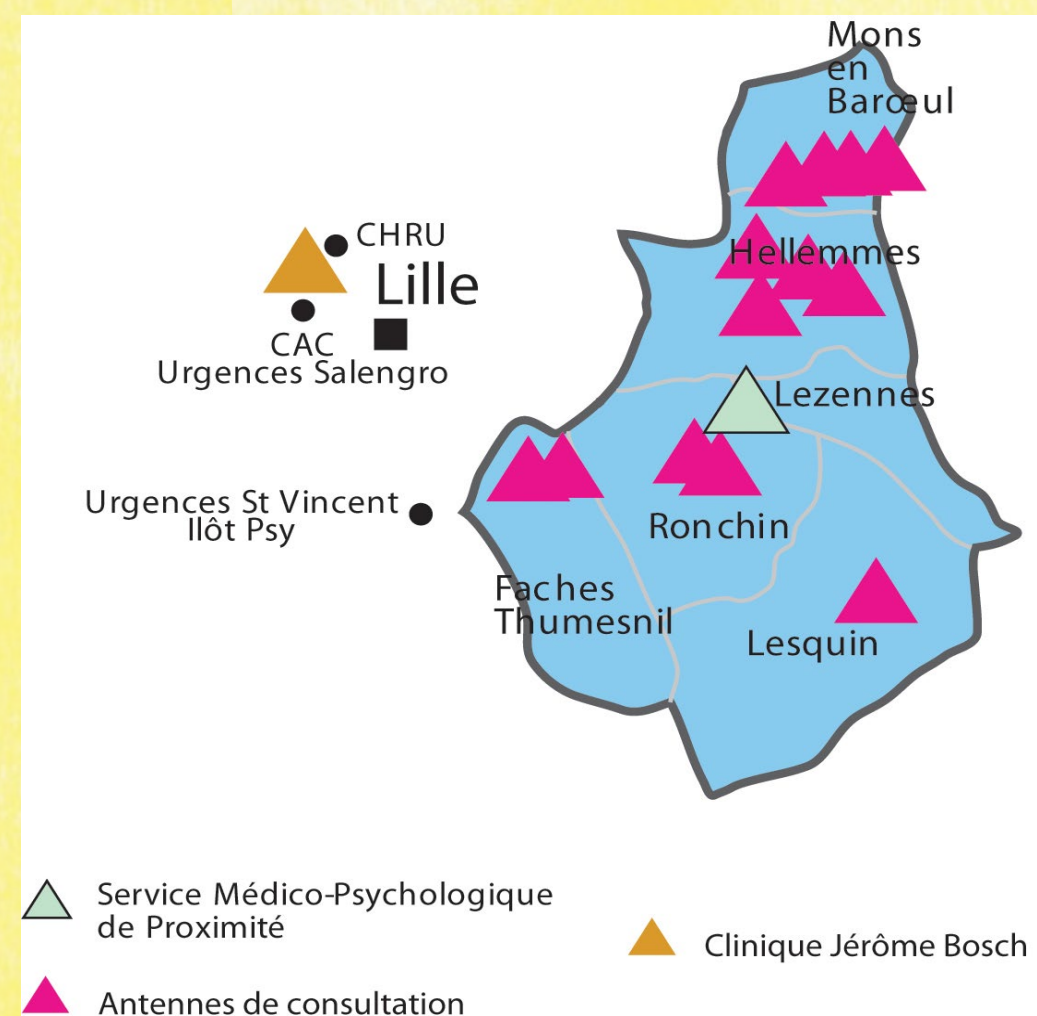
-HAS Septembre 2018, *Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux*





# Territorialisation

## de l'attention



Ne pas se soucier uniquement des personnes présentes dans les lits  
Nécessité d'un territoire à taille humaine!

### - Présence 24/24

- **Astreinte médicale** : gestion des urgences et orientations, coordonner l'ensemble du dispositif: son arrêt a modifié considérablement le fonctionnement du système
- **IDE nuit** : Entretien de soutien, continuité avec la journée, **développer un véritable accueil téléphonique de nuit, des entretiens de soutien et d'orientation**

• **3132 APPELS** sur l'année 2019

### - Coordination

- N° astreinte diffusé auprès des médecins traitants, des urgences
- Conférence téléphonique inter-structures matins et soirs
- Contact quotidien avec les urgences
- Coordination de "situations à risque et risque suicidaire du territoire"

### - Dossier informatisé du patient (Cariatides)

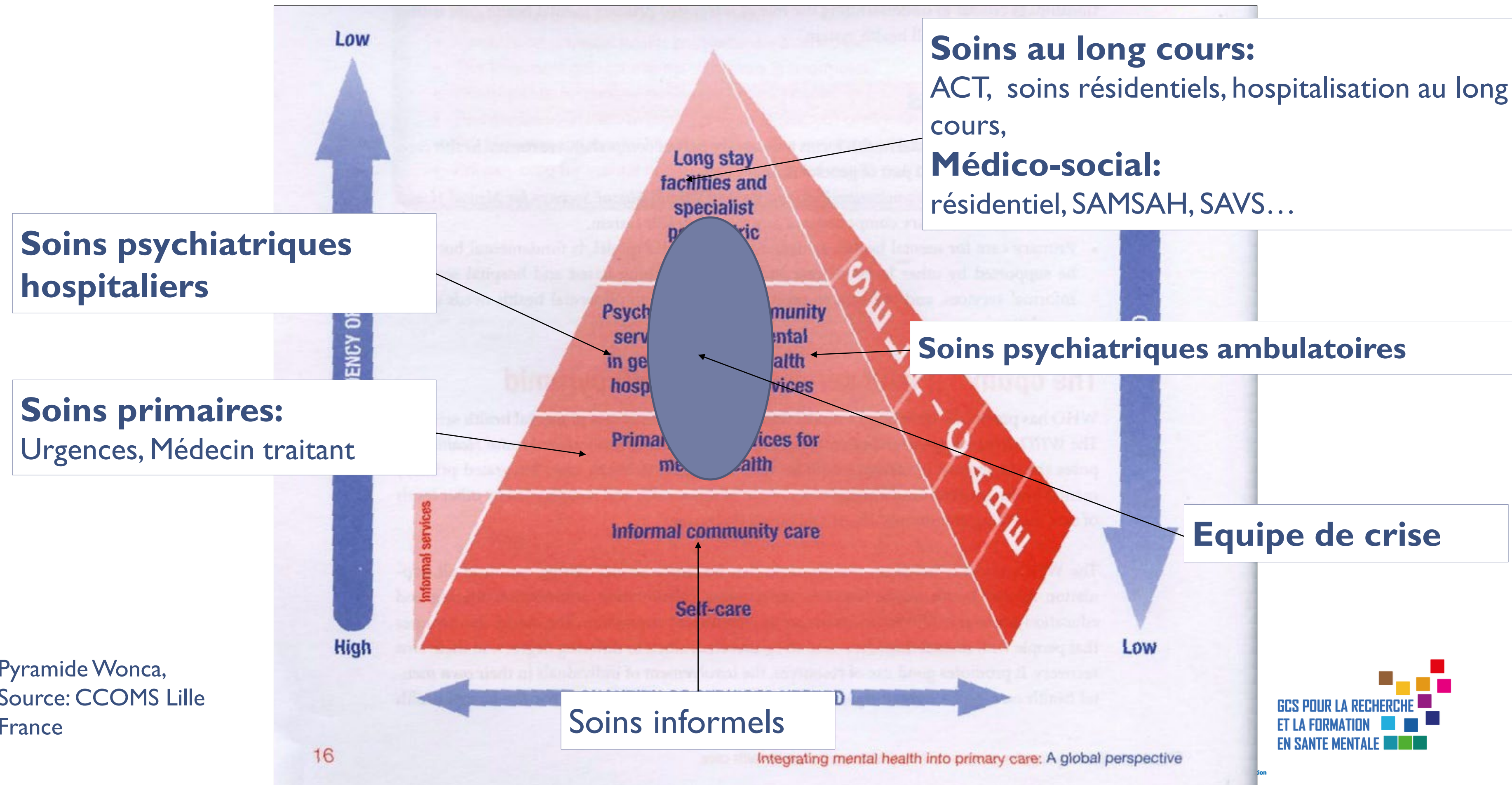
-Defromont, L., Verriest, O., & Dudenko, P. (2012). Les médecins généralistes au coeur de la santé mentale. *Revue hospitalière de France*, (547), 20-23. ( 3ieme prix 2013 décerné par la revue )

-HAS Septembre 2018, *Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux*



# Articulation

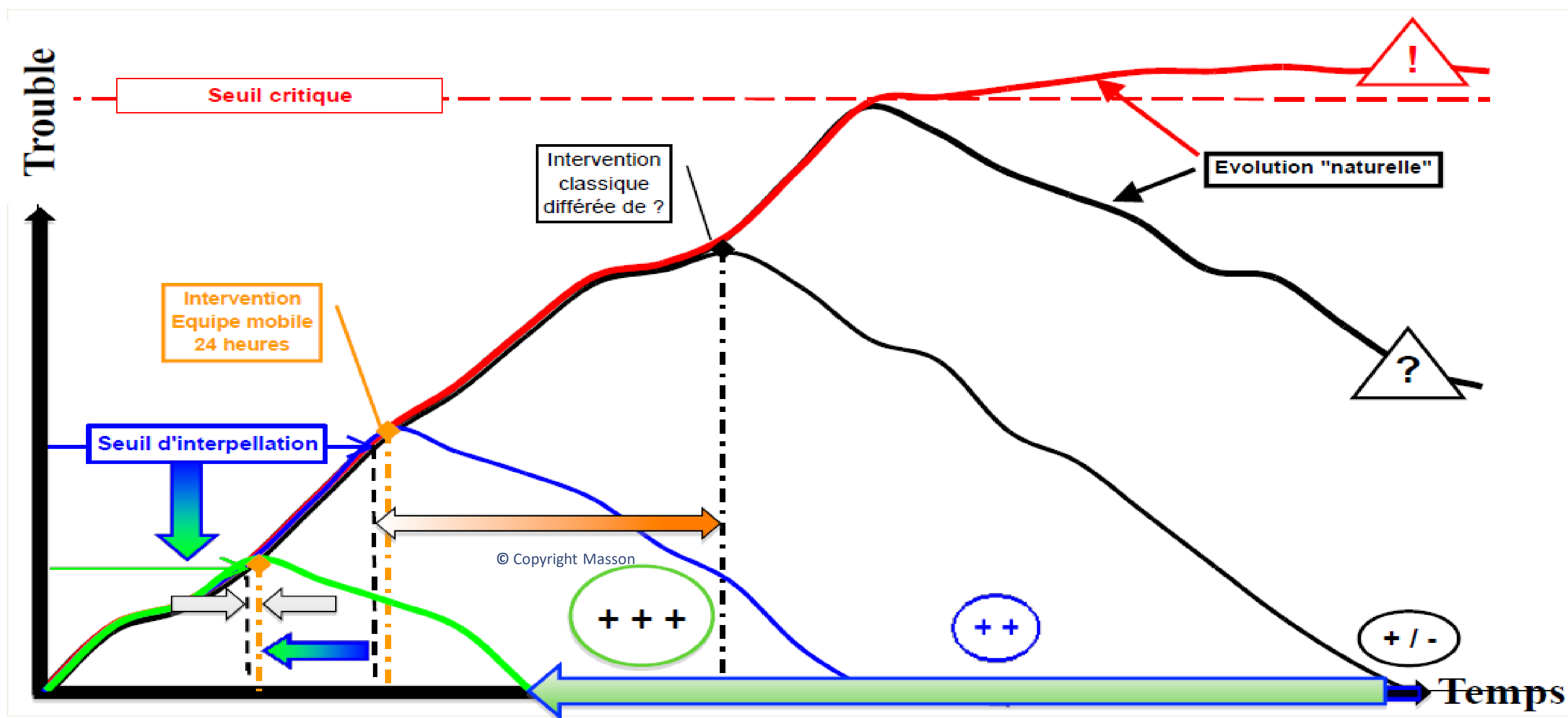
## avec le système de soins





# L'équipe mobile pour adolescents

Un outil de prévention primaire



V. Garcin



# Résultats

## Enquête SMPG Lille Est

### LA PRÉVALENCE DES TROUBLES PSYCHIQUES

Troubles repérés	2022	2007	1999
Au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie)	34,8%	35,1%	29,9%
Troubles de l'humeur	14,2%	14,8%	12,3%
Episode dépressif (2 dernières semaines)	12,1%	11,7%	10,5%
Troubles anxieux	22,5%	20,6%	22,7%
État de stress post traumatique	5,9%	0,6%	0,2%
Problèmes d'alcool	7,1%	6,3%	4,1%
Problèmes de drogue	5,7%	5,3%	1,3%
Syndrome d'allure psychotique (vie entière)	2,1%	1,8%	2,0%
Risque suicidaire	14,1%	18%	-



ASEP



GCS POUR LA RECHERCHE  
ET LA FORMATION  
EN SANTÉ MENTALE



# Une astreinte médicale

## De secteur efficace

Effets de l'arrêt de l'astreinte sur l'activité (2021)

	2017	2020	2022
Nombre de jours hospitalisation dans les autres secteurs	18	105	957
Nombre de jours d'hospitalisation en provenance d'autres secteurs	168	328	8
DMS clinique	6,4	6,3	9,3
Nouvelles demandes	1094	1197	1293 (2021)
Nombre de personnes en soins sans consentement	95	181	159
Contentions	1	0	3
Heures en contention	1,25	0	68,7
SIIC	253	261	296
Taux hospitalisation pendant pec siic	11 %	10,73 %	7,6 %



# Les CLSM et la gestion des situations Vue d'ensemble

*argentés*

- **Toutes les actions menées par les CLSM contribuent directement ou indirectement à désengorger les urgences notamment par :**
  - La coordination entre promotion, prévention, accès aux soins et gestion des crises
  - La réduction des inégalités sociales de santé et d'accès aux soins
  - La gestion collaborative et proactive des situations complexes
- **Impact sur les urgences :**
  - Réduction des recours inappropriés grâce à la prévention
  - Identification précoce des besoins
  - Fluidité dans le parcours de soins, limitant les crises aiguës

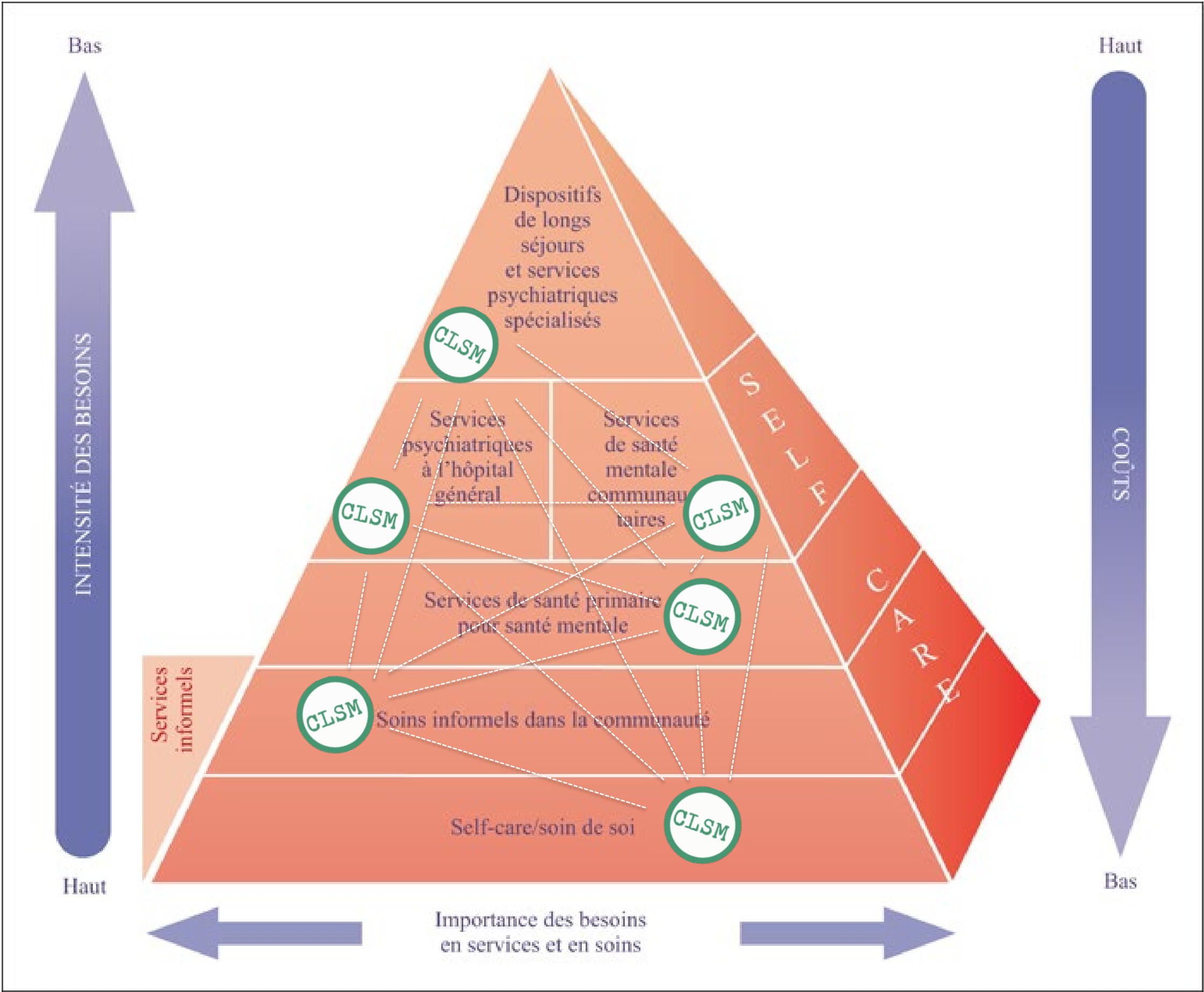
Centre national de ressources  
et d'appui aux **Conseils Locaux  
de Santé Mentale**





# Les CLSM interviennent et coordonnent à tous les niveaux de l'organisation optimale des services de soins en santé mentale identifiée par l'OMS

Pyramide OMS d'organisation des services pour composition optimale des services de soins en santé mentale.



Légende :

**CLSM** = Champs d'intervention des Conseil Locaux de Santé Mentale

Les soins primaires pour la santé mentale doivent être organisé en lien avec d'autres niveaux de soins notamment :

- Soins communautaires et services hospitaliers,
- Soins informels dans la communauté
- et le self-care / prendre soin de soi



# Conclusion

## changer de modèle de soins

- La crise aux urgences est la conséquence de la tension entre le modèle hospitalier et communautaire (ambulatoire et social)
- Pas de choix politique, laisser aller au gré des politiques et des leaders locaux
- Mille feuille administratif cloisonnant et non efficient en ville
- Conséquences: Pas de liaison suffisante entre l'hôpital et la cité, pas de coordination ni de leadership de réseaux

## Quelle solution? Proposition :

- Changer de modèle radicalement, sortir du modèle hospitalo-centré en le redéployant sur la cité
- Développer promotion et prévention en proximité
- Nécessité d'un pilotage global et national et en proximité
  - Inter Ministériel au niveau central,
  - inter institutionnel et citoyen au niveau local (implication des municipalités)



# Contacts

**[ccoms@ghttpsy-npdc.fr](mailto:ccoms@ghttpsy-npdc.fr)**

Remerciements : N Daumerie, S Sueur, M Gac, F Pastant, D Sebbane , AP Mulliez, C Leddet

