

# COMPTE-RENDU TABLE TACTIQUE ÉLARGIE

<b>THEMATIQUE</b>	<b>LIEN ADDICTOLOGIE ET PSYCHIATRIE SUR LE DÉPARTEMENT</b>			
<b>REUNION ORGANISEE PAR</b>	PTA des Hautes-Alpes - BAROU Estelle, Pilote Projets Parcours Territoire			
<b>DATE ET LIEUX</b>	3 mars 2020 - 9h00-12h30 - Salle l'impro à GAP			
<b>LISTE DES 46 PARTICIPANTS</b>	ACCARIER ALLEMAND ARNOULD AUBERGER BARRIDON BEGUIN BETTON BOEUFGRAS BOISSET BONNE  BOUSQUET CHAREYRON CLÉMENT COULAIS COURCIER MARTIN DE BLEECKERE DEJEAN DURIEUX ECHAOURI GRILLON HUIGNARD  JANIN JANISZEWSKI JOANNY LAWECKI LE ROUX LYON-CAEN MARQUIS MATHIEU MENGOTTI NIEZ PERCQ	Emma Aline Mélodie Elodie Marie-Claire Hélène Raphaële Sandra Agnès Séverine  Joël Rémy Delphine Virginie Véronique Claire Patricia Annie Nadia Erwan Marie Paule  Stéphane Christinne Mireille Chloé Stéphane Mathilde Coralie Géraldine Cécile Lauriane Aurélie	MSP Haut Champsaur Fondation Edith Seltzer ACT GAP CHICAS SOLIHA Alpes du Sud Cabinet infirmier MDAdolescent 05 Mairie de Gap - Service prévention UDAF 05 Famille - Gouvernante SSIAD/ESA ESSOR Fondation Edith Seltzer CSAPA Nord ANPAA 05 CSAPA Sud UNAPEI PCPE Cabinet libéral HAD EMSP Fondation Edith Seltzer SAMSAH CD 05 MDS FANGEROTS Cabinet libéral CHBD CENTRE ADDICTOLOGIE ARZELIERS Cabinet libéral ANPAA 05 CSAPA Sud CD 05 MDS ISATIS / LOGEMENT D'ABORD ET SANTE AMICIAL Fondation Edith Seltzer CSAPA Nord SAMSAH Fondation Edith Seltzer ACT GAP Fondation Edith Seltzer CADA CD 05 MDS BONNE UDAF 05 CD 05 MDA SSIAD DE GAP SSIAD DE GAP	Médecin généraliste Infirmière de coordination Neuropsychologue Coordinatrice sociale IDEL Gap Directrice adjointe Cheffe de service Coordinatrice Cadre Médecin addictologue Médecin coordinateur et addictologue Coordonnateur IDEL AS Infirmière Référente autonomie IDEL Psychiatre IDEL Directeur Assistante sociale //référente autonomie Infirmier Responsable d'agence Cadre de santé Ergothérapeute Educateur spécialisé - coordinateur Intervenante sociale Référente autonomie Déléguée à la protection des majeurs Médecin territorial ESI 3ème année Infirmière

PONCIN	Justine	CHICAS UCC/consultation mémoire	Neuropsychologue
PONTON	Corinne	Fédération ADMR	Responsable de proximité
POULOT	Nicolas	CHBD Arzeliers et ELSA	IDE
ROMERA	Fiona	Fondation Edith Seltzer CADA	Intervenante sociale
SAGNARD	Justine	SOLIHA	Agent social chargée d'animation et du suivi individuel
SANNA	Serge	ANPAA 05 CSAPA Sud	Educateur spécialisé
SENILHE	Alexia	SSR Rhône Azur	Neuropsychologue
SLITI	Marlène	UDAF 05	Déléguée à la protection des majeurs
SOLIVA	Stéphanie	France Terre d'Asile Centre Provisoire d'Hébergement	Directrice d'établissement
SOLLIER	Virginie	Fondation Edith Seltzer Résidence accueil Paramar	Coordnatrice sociale
THOMAS	Marine	UNAPEI	Infirmière
TRUC	Emilie	CD 05	Référente autonomie Larnage
YVINEC	Nadège	CHICAS Centre de mémoire	Psychologue
ZERMANI	Delphine	UDAF 05	Déléguée aux prestations familiales et à la protection des majeurs
CONTESTI	Géraldine	Animateurs PTA	
GEORGES	Virginie	Animateurs PTA	
MEAILLE	Florence	Animateurs PTA	
PY	Bérengère	Animateurs PTA	

**ORDRE DU JOUR DE LA RÉUNION**

- I. Ouverture et présentation des ateliers
- II. Synthèse atelier 1 : Définition des champs Addictologie et Psychiatrie
- III. Synthèse atelier 2 : Etat des lieux et des liens des ressources existantes
- IV. Synthèse atelier 3 : Difficultés d'articulation entre la psychiatrie et l'addictologie
- V. Les annexes

**Compte-rendu de 10 pages**

## I. Ouverture et présentation des ateliers

### ▪ Rappel objectifs des nouvelles tables :

Moments conviviaux pour :

- Partager nos connaissances sur une thématique précise avec des acteurs clefs du territoire,
- Partager nos savoirs en termes de ressources à saisir,
- Se rencontrer, se connaître, mettre simplement un visage sur un nom,
- Comprendre les missions et rôles de chacun,
- S'écouter et entendre les difficultés des uns et des autres,
- Etablir un « état des lieux » des problématiques sur la thématique et qui pourra être remonté aux instances réglementaires,
- Discuter, mettre en commun et trouver ensemble des pistes d'amélioration

### ▪ Rappel thématique du jour :

Petite matinée consacrée à l'articulation entre l'addictologie et la psychiatrie=> thématique remontée du sondage.

On sait que les comorbidités sont assez fréquentes entre les troubles psychiatriques et les problèmes d'addiction. Si la psychiatrie et l'addictologie ont chacune leur expertise, la collaboration est fondamentale et elle va se traduire concrètement dans le travail des équipes de liaison, dans l'articulation des deux secteurs, mais aussi dans les liens avec la médecine générale, les acteurs du médico-social, les associations...

Etant donné que nous sommes très nombreux sur cette table, et afin de favoriser les échanges et les différentes modalités de problématiques, la matinée se déclinera en 3 ateliers :

#### • Atelier N°1 : Définition des champs Addictologie et Psychiatrie

On vous propose de débattre, de recueillir vos points de vue, vos représentations des conduites addictives et troubles psychiatriques.

Apporter une définition claire des deux champs et les possibilités de rencontre entre les 2 troubles

#### • Atelier N°2 : Etat des lieux et des liens des ressources existantes

On vous propose de partir d'un patient qui arrive aux urgences et de décliner ensuite 2 hypothèses de son parcours : celui du retour à domicile ou celui de l'hospitalisation. A vous d'imaginer les suites et les difficultés possibles et de compléter ensemble les ressources à saisir.

=> Un annuaire des ressources sera complété et remis avec le CR

#### • Atelier N°3 : Difficultés d'articulation entre la psychiatrie et l'addictologie

On vous propose d'exposer et d'échanger sur les problématiques liées à votre activité et/ou votre secteur. Chacun dépose une problématique qu'il a identifiée ou un questionnement et le place dans une boîte. On tire ensuite au sort les questions et on tente de trouver ensemble des solutions ou des pistes d'amélioration.

## II. Synthèse atelier 1 : Définition des champs Addictologie et Psychiatrie

L'objectif initial de cet atelier a évolué. A la suite des tours de tables, la réflexion s'est portée davantage sur la prise en charge des patients atteints d'addiction et de troubles psychiatriques et leurs problématiques que sur la définition plus académique des différents champs.

Aussi plusieurs documents sont annexés au présent compte-rendu pour venir compléter les discussions et apporter un éclairage sur les définitions :

- Rapport « les addictions en région PACA », ARS PACA
- Guide Repères 2019 « Addictions et psychiatrie », Fédération Addiction
- Extrait chapitre 7 « Troubles psychiatriques et addictions » Lejoyeux & Embouazza, 2013

Les professionnels de structures et du domicile identifient en général un public de patients majeurs dont la tranche d'âge est étendue allant jusqu'au grand âge. Les types d'addiction sont variés : alcool, tabac, drogue et d'ordre sexuel.

Cependant on note que l'addiction énoncée en numéro 1 est l'alcool.

Les patients concernés proviennent de différents parcours avec des profils distincts :

- avoir une lourde pathologie / être en fin de vie
- avoir des troubles psychologiques en lien avec une pathologie neurologique
- avoir des troubles du comportement
- avoir un niveau social faible, isolée (manque d'entourage familial, amical, professionnel)
- être vulnérable
- personne handicapée
- personne marginale
- personne saisonnière, retraitée, en grande précarité
- personne dépressive
- personne en crise

*L'addiction et la psychiatrie sont intriquées. 1/3 des patients sont un mixe des deux.*

### Problématiques rencontrées par les professionnels :

Consommations, crises, état d'agitation +++, logement, troubles psychiatriques, précarité, articulation complexe entre professionnels, isolement des professionnels dans ces situations, manque de communication entre professionnels, sorties des Urgences sans suivi, barrière de la langue, pas de volonté « d'aller vers », polyconsommation.

### Constat des professionnels de l'addicto/psy suite aux problématiques citées ce jour:

Le fait de se tourner vers une altérative à la médecine améliore l'acceptation de leur état.

Il faut prendre en considération la période de vie dans laquelle se trouve le patient, son histoire et son environnement. (Historique de consommation : ≠ produits à ≠moments de leur vie).

Parcours pluriconsommation : les patients sont acteurs et essaient de trouver eux-mêmes des solutions.

Automédication = consommation = conséquences

Vie des patients insupportable si suppression des produits. Difficulté +++ de les amener à l'accès aux soins.

*« On soigne la maladie, le patient c'est autre chose ! »*

A la sortie de cure, les patients sont plus fragiles et repartent avec un manque. Ils peuvent être en échec ou en grande difficulté à domicile surtout pour les patients qui ne seraient pas dans l'acceptation.

Après un sevrage (court terme), différents types de dépendances apparaissent notamment des dépendances physiques.

Il faut prendre en considération l'entourage du patient. L'abstinence peut créer plus de mal pour l'environnement de la personne. La consommation peut en revanche apaiser le climat familial.

*« Une personne dans la famille qui dysfonctionne peut aider l'entourage à tenir »*

*« Ce n'est pas au patient de soulager les angoisses des proches ».*

Il est plus difficile de travailler la névrose que la psychose.

Nous (les professionnels) sommes maltraitants si nous ne tolérons pas leurs choix. Les professionnels de terrain doivent accepter qu'il n'y ait pas de solution.

Il y a un manque de repérage et peu d'interaction avec les spécialistes.

*« L'addiction c'est quoi ? Si la consommation permet 1 équilibre social, familial, environnemental, alors on ne devrait pas questionner cette consommation ! »*

L'addiction peut également palier à une souffrance et permet d'avoir un lien social : boire un verre, partager un joint,...

Une forte consommation = c'est un entraînement quotidien.

#### Quel soutien pour les professionnels non spécialistes?

-Retenir que le produit est pour le patient une solution. Accepter et intégrer l'idée.

-Fonctionner au cas par cas.

-Lutter contre l'isolement des professionnelles en communiquant +++ et en renforçant le lien entre les différents acteurs des situations.

-Anticiper les orientations pour améliorer les conditions de prise en charge.

-Solliciter les structures spécialistes, des équipes pluridisciplinaires telles que le CSAPA.

-Se former au repérage, à la prise en charge, aux postures à avoir,...

-Maintenir un cadre autour de la personne. Le patient peut être volontaire et désigner un professionnel parmi son entourage pour avancer. Rester à l'écoute, ne pas couper les ponts.

-Forte adaptation des professionnels.

### III. Synthèse atelier 2 : Etat des lieux et des liens des ressources existantes

Un guide, le plus complet possible, sur les ressources spécifiques en addictologie et psychiatrie du territoire est annexé au présent document. Les ressources non spécifiques à la thématique, aux missions généralistes (comme les maisons des solidarités, la PTA, les professionnels libéraux) ne font pas parties de ce guide. Elles ont toutefois été citées par les partenaires.

#### Ressources citées lors des ateliers:

- CSAPA
- CHBD - Arzeliers
- ELSA
- CAC
  
- Maison de l'Autonomie- Maison des Solidarités (13 lieux d'accueil) / MDPH
- RAPT-PCPE
- UNAPEI (FAM-ESAT)
- Hôpitaux / UHCD
- Centre 15
- Infirmiers libéraux, Assistantes Sociales, Médecins Traitants
- PTA

#### Problématiques soulevées :

##### En termes de « Communication & positionnement des acteurs » :

- Information Médicale Partagée
- Distinction Addicto/psy difficile. Chacun a son expertise et travaille dans son coin=> implique un travail en commun sur la situation et le lien entre les acteurs ne se fait pas
- Informations en amont pour adapter les prises en charge

##### En termes de « Connaissance des ressources et leur fonctionnement » :

- Méconnaissance de certaines ressources à saisir
- Place du médecin traitant dans la prise en charge addicto/psy ?
- Difficulté secteur Sud pour l'Addicto : pas de déplacement du CSAPA (absence de financements) et pas d'antennes. Les personnes sont obligées de se déplacer sur Gap

##### En termes de « Difficultés liées à la double pathologie » :

- Identification/diagnostic difficile
- Problématique sociale compliquée à travailler davantage
- Manque de formation pour les médecins généralistes et auxiliaires de vie

## IV. Synthèse atelier 3 : Difficultés d'articulation entre la psychiatrie et l'addictologie

### Liste des questions/situations évoquées concernant la psychiatrie

- Personne (jeune adulte) en situation de handicap, prise en charge CSM + Aide à domicile. Mais souvent pleure, par crise, menace de tentative de suicide. Qui contacter (autre que les urgences) ?  
Que peut-on faire ? Comment agir ?
- Difficulté pour ré-hospitaliser un patient de SSR vers la psychiatrie en cas de décompensation en cours de séjour.
- Mme L. est en fauteuil roulant et vit à domicile. Son quotidien est compliqué mais elle se débrouille bien avec l'aide des AVS. Elle se plaint beaucoup et menace de se suicider car, en fait, elle souffre de solitude. Le CSM dit qu'il n'y a pas d'urgence. Je sais que cette dame se trouve des difficultés physiques pour qu'on s'occupe d'elle. J'ai fait une demande d'orientation SAVS et elle va sur la fondation APF pour voir du monde.  
Comment ne pas passer à côté d'une réelle mise en danger de cette dame ?
- L'orientation dans un accompagnement précis (suivant la demande de la personne) lorsque les demandes de l'usager changent en permanence ?
- Le manque de structure médicale spécialisée d'hébergement.
- La difficulté d'accéder aux soins psychiatriques quand la personne ne fait pas la demande elle-même.
- Comment se mettre en lien facilement avec les structures d'accueil psychiatriques pour une PES rapide ? Souvent les délais d'attente sont longs pour une consultation, alors que le patient (et les équipes) est dans l'urgence !
- Partage d'informations sur les problèmes psychiatriques entre professionnels
- Un patient présente des troubles psy et à la fois des conduites et consommation addictives. Le côté addicto est pris en charge, mais le côté psy est difficile car diagnostic compliqué à avoir par les services de psychiatrie. L'organisation des services de psychiatrie rend difficile le travail en réseau et la réactivité dans les prises en charge des patients.
- Manque de moyens humains de la psychiatrie pour mettre en place des suivis à domicile.
- Difficultés d'accès aux soins de la psychiatrie dans le Champsaur :
  - Délais longs + suppression des consultations à la MDS de St Bonnet
  - Problème d'accès dans les EHPAD
  - ➔ **BESOIN D'EQUIPE MOBILE DE PSYCHIATRIE**

## Liste des questions évoquées concernant l'addictologie

- Jeunes reçus à la Maison des Ados qui déclarent facilement leurs consommations de produit psycho-actifs mais qui refusent de faire ou minimisent le lien avec leur mal-être (qui les amène à la MDA) → difficultés à les orienter effectivement vers les CSAPA, CJC,...
- Préparation à la sortie des patients addictes → difficulté à organiser le suivi psychiatrique extra-hospitalier.
- Maintien à domicile compliqué et dangereux (alcool, médicaments) et patient réticent aux prises en charge.
- Difficultés de la gestion de l'urgence du manque et de l'organisation du soin (RDV, planification de la prise de traitement et de la prescription).
- Un jeune réfugié de 20 ans qui nous dit avoir besoin de fumer du cannabis en grande quantité tous les jours car il est déprimé, mais qui refuse tout accompagnement psy car il ne veut pas reparler des situations difficiles qu'il a vécu !
- Comment accompagner une personne qui « refuse » les soins, les prises en charge, et consomme de manière « importante » ?
- Comment faire prendre conscience d'une dépendance et accepter une thérapie ?
- Conduite à tenir d'un proche face à une situation de dépendance ?
- Dossier à mettre en place pour de l'aide au ménage chez une personne avec des troubles (inconnus à la mise en place) et fumant de l'herbe toute la journée. Sa mère était à l'origine de la demande, mais dans le déni de tous ses problèmes. Positionnement ?
- Lien / consultation mémoire et addicto pour le (futur) suivi des patients
- Problématique de la prise en charge d'une personne addicte à domicile. Orientation PTA. Personne connue du service d'addicto du CHICAS. Diff : RH + temps et surtout volonté du patient !!!
- Une patiente réalise un sevrage du Subutex avec le CSAPA et en parallèle se fait prescrire de l'Actiskénan par le médecin traitant : Addiction déplacée...
- Monsieur âgé de 70 ans, consommation d'alcool avec troubles de la mémoire et cohérence et problème de mobilité. Maintien à domicile compliqué. Plusieurs hospitalisations. Aides à domicile sur sollicitation + refusent d'acheter l'alcool de monsieur, vident les bouteilles...
- Une personne que l'on sait avoir des problèmes addicto, mais difficultés pour qu'elle veuille entrer dans un parcours de soins. Avoir des infos en tant que travailleur social pour l'inciter/l'accompagner à se faire aider.



- Difficultés liées au partage des traitements de substitution (pas toujours adapté, risque de décès+++)
- Maintien à domicile impossible : quelle(s) solution(s) pour les personnes de moins de 60 ans, pour les personnes addictes

### **Liste des questions évoquées concernant la psychiatrie + l'addictologie**

- Patient psy + addicto, multiplication des séjours psy + passages aux urgences. Maintien à domicile compliqué, pas d'adhésion + pas de lien ou d'infos en lien avec les équipes psy ou addicto.
- Patient suivi en addictologie ayant besoin d'un avis psychiatrique, mais RDV manqués !
- Sortie incarcération avec obligation de soins : troubles Psy / Addiction
- Problématique articulation Addicto/Psy dans l'urgence quand résistance du patient
- Comment identifier une problématique psychiatrique et une problématique addictologique ? Et quelle prise en charge ? (Accompagnement...)
- M. A, 30 ans, psychotique suivi en addicto et CMP équilibré, usage THC. Décompensation psychotique avec consommation de coc+++  
 → préconisation  
 → flambe pathologie psychiatrique  
 → problème prise de risque  
 → problème : refus de prise en charge et vit le traitement psy comme inducteur de tristesse et dépression.
- Patient polytoxico renvoyé de La Source, s'est ouvert les bras → envoi aux urgences, pas de place à Laragne → renvoyé chez lui.
- Etre en lien entre les différents professionnels entre services addicto et psy → avoir une prise en charge homogène.
- Trouver les ressources adaptées.
- Faire face aux moments de crise à domicile.
- Mme D est instable, navigue entre Briançon et Gap (domiciliée à Gap), en situation de handicap psychique, une addiction à l'alcool + stupéfiants...en lien avec l'UDAF, connue de tous les services mais aucun accompagnement ne prend car elle ne suit pas les rendez-vous proposés... Comment l'aider ?
- Difficultés d'articulation/communication entre les différents secteurs addicto/psy/médecine générale

## Autres

- Difficultés lors de prises en charge en tant que « logeur/bailleur » pour avoir des informations sur la santé pour coordonner le retour d'un usager, car secret professionnel = barrière information.
- Parcours de soins souvent longs et entrecoupés. Les réponses aux différentes demandes de soins prennent du temps et sont de moins en moins absorbées par l'hôpital MCO ou Psy. Comment faire avec cet état de fait ?
- Difficultés de communication entre les différents acteurs autour d'un patient (ex. lien entre psychologue/médecin/AS...)
- Questionnement général : comment répondre à l'urgence de la situation tout en prenant le temps permettant un accompagnement respectant la temporalité de la situation ?
- Enclencher une/des prises en charges
- Lien, communication
- Compréhension, limites, attentes, des autres services.

## V. Annexes :

- Rapport « les addictions en région PACA », ARS PACA
- Guide Repères 2019 « Addictions et psychiatrie », Fédération Addiction
- Extrait chapitre 7 « Troubles psychiatriques et addictions » Lejoyeux & Embouazza, 2013
- Guide des ressources en Addictologie et psychiatrie sur le territoire des Hautes-Alpes (liste non-exhaustive)