Cycle de conférences de la Mission de prévention des toxicomanies DASES - Paris

« Le réseau de santé *Prepsy* »
15 février 2007
à la Délégation de la politique de la ville et à l'intégration
Paris 19ème

Rédaction : Patrick PIRO
Journaliste indépendant

Intervenants :
Guy Gozlan, directeur médical du réseau Prespy
Cécile Petiqueux, infirmière coordinatrice du réseau Prespy

Marguerite Arene, chef de service, Mission de prévention des toxicomanies DASES :
Nous évoquons souvent les problèmes psychiques, en sachant que les comportements d'addiction ne représentent qu'une fraction infime des autres conduites à risque. Ou bien ils sont les premiers signes d'autres manifestations ou troubles psychiques plus graves. Et puis même sans consommation de produits, nos partenaires nous signalent très souvent d'autres manifestations de souffrance — déscolarisations, etc. —, chez des jeunes, mais quand il s'agit de les adresser en consultation, c'est la panne : on ne parvient pas à contacter d'interlocuteur, on n'a pas de relation avec le secteur psychiatrique, il y a quatre mois d'attentes, etc.
Voilà pourquoi nous avons jugé utile de vous présenter, parmi les ressources importantes, le réseau « Prespy ».

Guy Gozlan :
Dans votre exercice quotidien, vous êtes souvent confrontés à des pathologies multiples et complexes, avec des patients que vous ne connaissez pas, ou sur lesquels vous n'avez que peu d'informations médicale ou sociale. Ils ont du mal à entrer en contact avec les institutions et les médecins, consultent peu et sont en situation de retrait social. Ils sont généralement méfiants , et ont une idée préconçue ou une mauvaise image de la psychiatrie ainsi que des urgences médicales Ils ne veulent plus voir de médecin et les pistespour un diagnostic, peuvent être largement brouillées par la consommation de cannabis, problème récurrent à Paris pour la tranche d'âge qui nous intéresse : les 15-25 ans. Je fais référence à l'enquête Je fais référence à l'enquête Escapad Paris 2004[1]: 16 % de garçons consommateurs réguliers de cannabis, et 6 % de filles. C'est chez eux que l'on trouve une proportion importante de jeunes présentant des troubles psychiques associés, et il faudra être particulièrement vigilant pour faire la part des choses entre la consommation, la surconsommation, les troubles sociaux, médicaux, psychiatriques, les difficultés professionnelles, etc.
Les enquêtes épidémiologiques évaluent qu'au moins 300 000 jeunes de 11 à 29 ans souffrent de troubles psychiques dans ce bassin de population. C'est très important, socialement et économiquement. Et tous, loin de là, ne parviennent pas dans nos cabinets de consultation. Mais on sait aussi, selon une étude datant de 2002, que chez le généraliste, 24% des patients ont des troubles psychologiques mal définis ou non identifiés.
Sur ces 300 000 personnes, environ 142 000 sont atteints de maladies schizophréniques, et 164 000 de troubles dits « bipolaires ».

[1] Observatoire français des drogues et des toxicomanies, « Les consommations de drogues à la fin de l'adolescence à Paris », janvier 2006.

Les premiers développent classiquement, entre 15 et 25 ans, des troubles psychiques qui iront en s'aggravant si l'on ne fait rien, présentant à la fois un délire, des hallucinations, et un ralentissement global des capacités intellectuelles — troubles « cognitif » qui vont entraîner l'échec scolaire, le retrait, l'isolement, la consommation de cannabis (par exemple), la dépression, le suicide, etc.
Les seconds sont affectés par ce que l'on appelait auparavant des « troubles maniaco-dépressifs ». Ce sont des troubles dépressifs graves, qui entraînent, pour 10 % des cas dans les premières années, des tentatives de suicides.
Ces pathologies sont difficiles à diagnostiquer, parce qu'il est difficile au début de faire la différence entre le début d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire, une dépression simple, la réaction face à des événements difficiles de la vie, etc.
Or, dans les deux cas, il faut le savoir, nous disposons aujourd'hui de méthodes de diagnostic et detraitement efficaces, simples, bien tolérés, qui permettent d'infléchir le cours de la vie de ces jeunes.

Les pouvoirs publics ont réagi, et ont défini, en août 2004, des objectifs de santé publique concernant les affections neuropsychiatriques. Avec une volonté de réduire les « psychoses délirantes chroniques — schizophrénie —, troubles bipolaires, troubles névrotiques et anxieux.
Remarquons qu'environ 3 000 suicides liés à ces pathologies chroniques naissantes sont évitables chaque année s
Il existe aussi un Plan Santé Mentale « 2005-2008 », qui vise à :
- développer les réseaux en santé mentale, non concurrents du secteur, mais constituant un outil de coordination des prises en charge ;
- fédérer l'ensemble des professionnels concernés en créant les conditions d'un partage de compétences et d'expériences, dans un cadre partenarial centré autour des besoins du patient ;
- permettre des avis spécialisés les plus précoces possibles ;
- faciliter des suivis conjoints par des professionnels spécialisés afin de rompre l'isolement des médecins généralistes et des acteurs de première ligne ;
- élaborer un cahier des charges définissant les conditions d'un partage d'expériences entre les équipes de psychiatrie hospitalière, les médecins libéraux, les professionnels du champ social, médico-social, éducatif et judiciaire. Mais aussi les représentants des usagers de la psychiatrie et d'associations plus spécifiques, par pathologies, comme « France dépression » (pour les maladies bipolaires), et « Schizo'Oui » (pour la schizophrénie), et des familles de patients, avec notamment l'Union nationale des familles et d'amis de malades (l'Unafam).

Par ailleurs, la loi du 4 mars 2002 crée un cadre législatif nouveau, où l'on parle très précisément des réseaux de santé, qui « ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaire, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations ».
Nous sommes donc, en ce qui concerne le réseau Prepsy, précisément encadré par la loi.

Pourquoi faire de la détection précoce ? D'abord parce que la prévention est d'un intérêt majeur, on en connaît les résultats en cancérologie, en cardiologie, . : repérer tôt les pathologies permet d'agir et de limiter les dégâts.
C'est particulièrement crucial pour les pathologies dont nous parlons. En effet, en cas de retard à la prise en charge, on augmente de 14 fois le risque de suicide chez ces patients par rapport au risque en population générale ! C'est considérable, ce sont les 3 000 morts

évitables dont je parlais précédemment. Est aussi augmenté le risque d'apparition de la dépression, des troubles cognitifs, du passage à l'acte, de consommation de toxique (de 40%, et surtout le cannabis). Mais aussi, dans la sphère personnelle, on retrouve une augmentation du risque de rupture familiale ou affective, d'interruption de la scolarité ou de la formation professionnelle, de licenciement, de chômage prolongé ou d'arrêt de travail.

Hélas, les symptômes précurseurs qui doivent nous alerter ne sont pas spécifiques. Pas d'élément suspect dans une prise de sang, pas de signe clair.
De plus, ces signes se mettent en place lentement, pendant l'adolescence, période déjà assez floue.
Cette phase initiale peut durer, selon les pathologies, de 3 à 5 ans. Une période pendant laquelle il peut se passer beaucoup de choses... Il suffit de faire le parallèle avec la maladie d'Alzheimer. Il faut donc avoir la capacité, l'intuition de décrypter des signes ténus, qui permettent d'appeler le généraliste ou le psychiatre.
De plus, les signes eux-mêmes — anxiété, retrait, méfiance —, participent à détourner les jeunes de nos cabinets, ce qui peut d'autant retarder le contact avec les services médicaux ou sociaux : la période non traitée après le premier épisode psychotique dure en moyenne 2 ans.
Ce délai plus long au diagnostic va aussi interférer avec la récupération, l'amélioration, la prise de traitement, mais aussi avec l'abus de substance, le risque de suicide ou de dépression. Concernant la scolarité, c'est la sanction par l'échec scolaire. Il faut donc travailler avec les médecins et infirmières scolaires, pour réfléchir sur les causes de l'isolement ou des troubles du comportement de ces jeunes. Enfin, il faut être attentif à la détresse des familles, les écouter attentivement ; elles qui sont généralement les premières à faire le diagnostic, signalant que « quelque chose ne tourne pas rond ». Ce genre d'alerte doit immédiatement inciter à mettre le jeune et sa famille en contact avec des professionnels de santé.

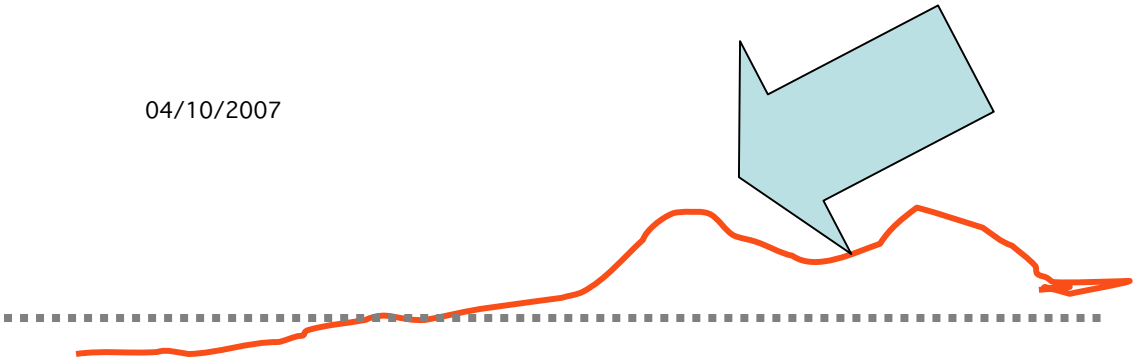
Les avantages de l'action précoce sont démontrés par une abondante littérature internationale : quand on agit tôt, il est possible d'obtenir une meilleure récupération, une diminution des symptômes, une meilleure adhésion aux traitements, un meilleur fonctionnement global (malgré parfois une évolution inéluctable), et l'on peut même obtenir que le jeune puisse rester dans des circuits scolaires ou professionnels. De même, la qualité de vie est meilleure, les ruptures relationnelles moindres, tout comme les conflits dans la famille, qui collabore mieux. Et enfin, le risque de rechute diminue. Le problème de la rechute, c'est que plus on rechute, plus on rechutera, et plus les symptômes seront difficiles à traiter, avec des périodes d'hospitalisation qui peuvent être parfois difficilement supportable, pour le patient et sa famille, notamment quand il n'y a pas consentement ni préparation.

LES ENJEUX DE L'ACTION PRECOCE

« 1er épisode »

Schizophrénie : 40%
Tb bipolaires : 30%
« Autres » : 30%

Transition



Vulnérabilité	«Prodromes»	Phase active

schéma 1

Voici le détail des phases d'une pathologie (schéma 1) :
- d'abord la phase de « vulnérabilité psychique », où nos patients peuvent présenter un risque accru de développer des maladies mentales. Ce qui ne veut pas dire qu'ils vont devenir schizophrènes ou maniaco-dépressifs ou présenter des troubles graves de la personnalité ou devenir consommateurs abusifs de toxiques, etc. Cela veut simplement dire qu'ils sont moins bien armés pour réagir à des stress importants de la vie quotidienne, dont on sait qu'ils existent presque en permanence pour tout le monde. Cette vulnérabilité peut être liée à des facteurs personnels (des maladies qui ont lésé le système nerveux, comme l'épilepsie ou la prise de certains produits), historiques (situations traumatisantes dans l'enfance), familiaux (si l'on a des parents ou des frères et sœurs eux-mêmes atteints de maladies mentales), etc. ; ou bien encore des facteurs génétiques, qui nous échappent totalement, transmis au gré des recombinaisons des chromosomes parentaux.
Cette vulnérabilité va augmenter le risque naturel d'apparition de la maladie (nous avons tous un risque naturel d'apparition de toutes les maladies).
À l'adolescence peuvent apparaître de petits symptômes très difficilement perceptibles, et que les parents perçoivent souvent en premier : » il a changé, il n'est plus comme avant, il est un peu bizarre, elle ne mange plus avec nous, elle a des comportements étonnants, etc. »
Ces petits signes (ou « prodromes »), qui peuvent durer environ 5 ans et rester très « silencieux », sont souvent banalisés et attribués, à tort, à la culture des jeunes, l'environnement, la consommation de toxiques, la réaction à des événements (séparation des parents, etc.). C'est, par exemple, le médecin généraliste qui conclut à des manifestations « qui vont passer avec la puberté ».

- Ces « prodromes » évoluent tranquillement. Il s'agit essentiellement d'anxiété , de dépression — ce qui est moins normal à 15 ans, de surconsommation de toxiques, d'attitudes bizarres, de troubles du comportement alimentaire, et bien sûr de tentatives de suicide, qu'il ne faut, j'insiste, jamais banaliser. Ne dites pas : « son petit copain l'a quitté, son chat est mort ». Une tentative de suicide est toujours, toujours prémonitoire de quelque chose qui exige une étude approfondie de la personnalité et de l'histoire de ces jeunes.

- Si on ne fait rien, ces prodromes vont s'incruster dans la vie, le psychisme, le système nerveux central de la personne, jusqu'à la « phase de transition », le moment de la première crise — délire aigu, hallucinations de tous ordres, voire suicide du jeune . Elle peut étonner tout le monde. Si personne ne comprend, cela signifie que les phases « vulnérabilité » et « prodrome » sont passées totalement inaperçues.
Cette phase de transition traduit en quelque sorte que le cerveau, n'en pouvant plus de compenser, à force d'efforts qui peuvent passer totalement inaperçus par l'entourage, finit par

craquer et laisse s'exprimer ces symptômes délirants, hallucinatoires, dépressifs ou mélancoliques (étape très évoluée de la dépression).
À partir de là, sans être pessimiste, il est un peu difficile de faire marche arrière. On peut bloquer l'évolution des maladies à tous les niveaux, mais plus c'est précoce, mieux c'est. C'est donc un enjeu primordial de prendre en charge les patients avant qu'ils ne franchisent cette phase de transition.
Voilà pourquoi nous avons développé des consultations d'évaluation des patients à haut risque. Par des techniques de tests, nous sommes capables d'évaluer la vulnérabilité psychique des patients (pas en dessous de l'âge de 8 ans cependant), et de dire si l'on est au-delà du risque d'apparition des pathologies chroniques de type maniaco-dépression ou schizophrénie C'est très important, car à partir de ce diagnostic de prédictibilité, on peut donner des traitements et mettre en place des systèmes de prise en charge médicaux, mais pas uniquement — action sur l'environnement du patient, de sa famille, l'éducation à la santé, le maintien dans la scolarité ou la profession —, de la remédiation cognitive qui vont limiter l'évolution négative de cette maladie.

- Une fois passée la phase de transition, on constate des probabilités d'évolution : la schizophrénie (40 % des cas), les troubles bipolaires (30 % de cas, que l'on sait mieux contrôler que les précédents), et d'autres troubles de la personnalité (30 %). En pratique, tout cela signifie que nous avons entre 3 et 5 ans pour nous organiser et éviter « l'inéluctable » —.
Comme la phase de détection est primordiale, nous avons fait une étude pour identifier comment les parents se souviennent des premiers petits signes. Encore une fois, chez un jeune, il est très important de ne pas passer à côté d'un ralentissement des capacités cognitives, d'une baisse d'activité scolaire ou professionnelle, de signes de dépression, de troubles affectifs, etc.
Le réseau Prepsy intervient pendant toute la période qui va de la détection des « premiers signes » au traitement et à la réadaptation

QUESTIONS DE LA SALLE

Christian Bullard, psychologue à la consultation « jeunes consommateurs » Charonne : Qu'est-ce que les tests de prédictibilité permettent exactement de détecter ?

Guy Gozlan : Nous nous appuyons sur des théories dites « bio-dynamiques ».
Notre investigation comprend des séances de scanner et d'IRM afin de vérifier si l'on n'est pas, par exemple, en présence d'une tumeur du cervelet, qui démentirait un diagnostic de schizophrénie. On élimine aussi les éventuelles causes métaboliques ou neurologiques.
Ensuite, nous tentons de mesurer la « vulnérabilité intrinsèque » d'un patient, c'est-à-dire sa prédisposition à des troubles psychiques. Par exemple, a-t-il un jumeau (homozygote) malade ? Une charge génétique qui ferait passer son risque à développer la maladie à 50 %, le reste étant attribuable à l'environnement.
D'autres facteurs sont importants également. Par exemple, le simple fait de consommer du cannabis, , réduit d'environ une année l'apparition d'une schizophrénie. Attention, n'allez pas dire pour autant que le cannabis fait le lit de la schizophrénie...
Nous pratiquons ainsi des bilans : spécialisés (scolaires, médico-pédagogiques IRM, imagerie fonctionnelle, etc.), biologiques , somatiques (pour détecter des problèmes d'alimentation, de surpoids, etc.) et psycho-cognitifs (pour évaluer les capacités fonctionnelles).
A partir de e ces informations, nous établissons un diagnostic, en utilisant des référentiels validés, après avoir éliminé les causes qui miment les symptômes (consommation de cannabis par exemple). Nos partenaires, pour cette phase, sont des centres d'évaluation non sectorisés

(comme le SHU de Sainte-Anne), l'Inserm, la Fondation santé des étudiants de France, des médecins libéraux ou de médecine scolaire.

Nous proposons ensuite, en équipe, un traitement : psychotropes si besoin, accompagnement psycho-cognitif, avec pour objectif, selon les situations, le maintien ou l'amélioration de l'état du patient. Cela peut comporter aussi des aides à la vie courante. Pour faciliter ce processus, nous avons tendance à favoriser la mise en relation des familles avec les associations d'usagers.

Cécile Petiqueux :
Voici plus précisément les missions du réseau Prepsy :
- faciliter le repérage précoce et le suivi des troubles psychiques émergeants chez les adolescents et les jeunes adultes, en répondant aux besoins d'une population ou d'une pathologie donnée, et en facilitant l'accès aux soins ;
- en complémentarité avec les structures hospitalières publiques et privées, la médecine de ville, les médecins et les infirmières scolaires, les autres réseaux de santé, les services médico-sociaux et les associations d'usagers ;
- favoriser la coordination, l'interdisciplinarité et la continuité des soins, en proposant une offre de services adaptée : prévention, évaluation, soins, éducation, suivi médico-social...
- participer à des actions de santé publique, des recherches-actions (consommations diverses, alimentation...)

Pour cela, nous avons plusieurs moyens d'action :
- l'amélioration des compétences des professionnels par la formation médicale continue ;
- la constitution de communautés d'acteurs ;
- le « recrutement » des patients à risque ;
- la diffusion des recommandations professionnelles existantes ;
- l'élaboration de référentiels sur le repérage précoce des pathologies mentales ;
- l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaires ;
- le suivi actif des patients via notre système d'information ;
- la limitation des « perdus de vue » — 50 % à deux ans suite à une première consultation !
- le développement d'un « réseau intégré de services » ;
- l'évaluation des actions par la certification

Dans cette pratique, une fonction innovante : la coordination, qui permet d'identifier des « pivots » de prise en charge. À savoir : qui, concrètement, assure la prise en charge d'un jeune que nous détectons ?
Cela implique de valoriser les compétences et les savoirs faire des différents services de soin, de participer à l'évolution des représentations collectives des métiers de la santé mentale, d'encourager l'initiative et l'autonomie, de renforcer les missions de prévention et d'éducation à la santé — pas assez courantes , et de diversifier les relations professionnelles par le travail en réseau.

Nous avons donc mis en place des parcours de soin coordonnés, destinés à constituer un « maillage » d'intervenants, sorte de filet de sécurité autour de l'usager et de sa famille doté d'une très bonne réactivité, ce qui est fondamental pour apprécier des changements de comportement dans le quotidien, procéder à des réévaluations régulières, etc.
Cette coordination est établie dans des « programmes de soin » définis grâce à des réunions de concertation pluridisciplinaires où l'on construit un parcours ensemble, ce qui garantit une

bien meilleure observance des traitements. Et plus le patient est « observant » tôt, meilleur est le pronostic à long terme.

Répondre aux besoins des usagers et de leurs familles, cela se traduit par un enrichissement de leur environnement médical et médico-social et l'offre d'un service global de qualité. Le partenariat avec les associations de malades et de leurs familles est important (UNAFAM, FNAP-Psy, France-Dépression, Schizo'Oui) : elles nous adressent un patient sur quatre. Cela passe aussi par une sensibilisation des professionnels de l'éducation nationale (Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins - Praps).

L'accueil des usagers est un point clef : il est très important de pouvoir accueillir « sans délai », c'est-à-dire sous un à trois jours. L'infirmière coordinatrice de Prespy collabore avec les équipes des centres médico-psychologique (CMP), de l'Éducation nationale et des structures médico-sociales, accueille les patients et les familles, et assure un suivi actif des dossiers.

QUESTION DE LA SALLE

Quel est le nombre d'usagers suivis ainsi que les capacités d'accueil ?

Cécile Petiqueux : votre question résonne comme une inquiétude sur une possible saturation du système : en effet, on est habitué à subir de longs délais d'attente pour une consultation en CMP ou chez les psychiatres libéraux, à actionner le recours aux urgences pour contourner l'engorgement, etc. Mais il faut savoir que notre travail, c'est justement d'identifier des acteurs afin de passer avec eux des « mini-conventions », afin qu'ils deviennent autant de relais que nous avons pour devoir de maintenir actifs.
Prenons le cas, par exemple, d'une jeune fille de 17 ans qui a tenté de se suicider, dans le 13ème arrondissement de Paris. J'obtiens rapidement une consultation en psychiatrie, chez un des membres de notre réseau. Notre intervention se traduit par la mise en place d'un suivi actif du parcours : la personne est attendue nominativement, son dossier est déjà parvenu entre les mains du praticien, etc.
Je dirais que nous n'avons pas de problème de capacité. Il y a certes des dossiers très chauds, nécessitant un suivi quotidien, mais nous n'avons pas atteint la masse critique.

Monique Bourdais, Médecin conseil à la Sous-direction des actions familiales et éducatives-DASES, Paris : la tranche d'âge 10-15 ans nous met en difficulté importante consultation, évaluation prise en charge. Peut-on faire appel à vous, notamment pour des tests de prédictibilité ?

Guy Gozlan : la vraie question, ce ne sont pas les tests, mais les relais, leur réactivité, leur efficacité. Dans votre cas, ce sont les circuits de la pédopsychiatrie qu'il faut activer : comment sont-ils configurés, comment faire en sorte que le patient ne s'y perde pas, etc.
Nous sommes en permanence adossé au secteur : CMP, hôpitaux psychiatriques, psys libéraux dont des psychanalystes ou des thérapeutes qui ne délivrent pas de médicament. Nous disposons de leurs numéros de téléphone mobile, nous connaissons le prénom des secrétaires des CMP, etc. !

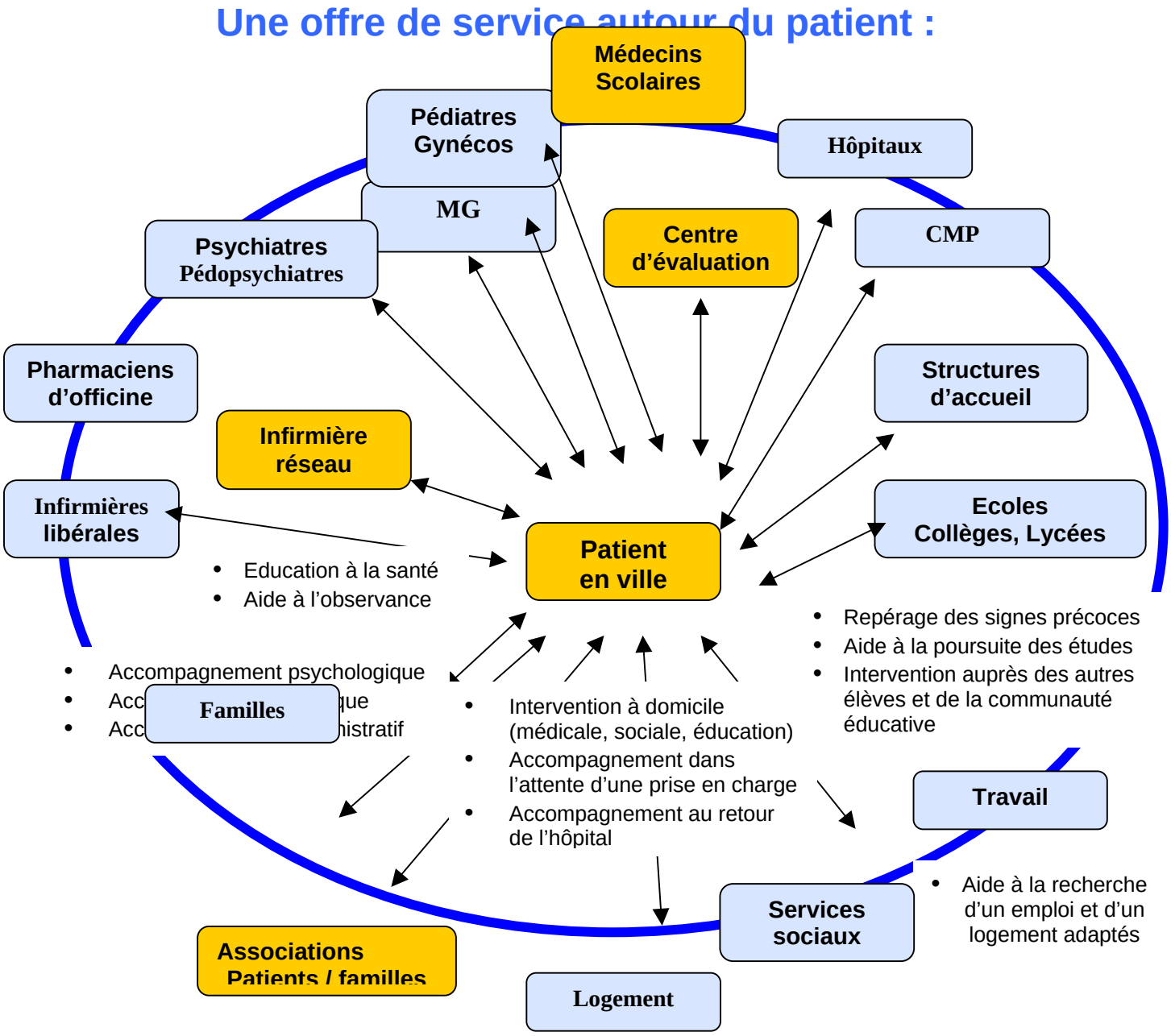


schéma 2

Guy Gozlan :
Notre métier, finalement, c'est d'identifier des relais. Quelques commentaires (schéma 2) : le secteur social, nous ne le connaissons pas suffisamment ; nous avons des conventions avec les associations d'usagers ; les pharmaciens d'officines, c'est un autre des points faibles de

notre réseau, or il est fondamental de les intégrer, car ils sont « au contact » ; pourquoi les gynécologues ? Parce que la moitié des patients sont des femmes ; et il faudra penser à ajouter les dentistes à ce faisceau ; quant aux médecins scolaires, ils sont une courroie de transmission afin d'assurer le maintien de la scolarité.

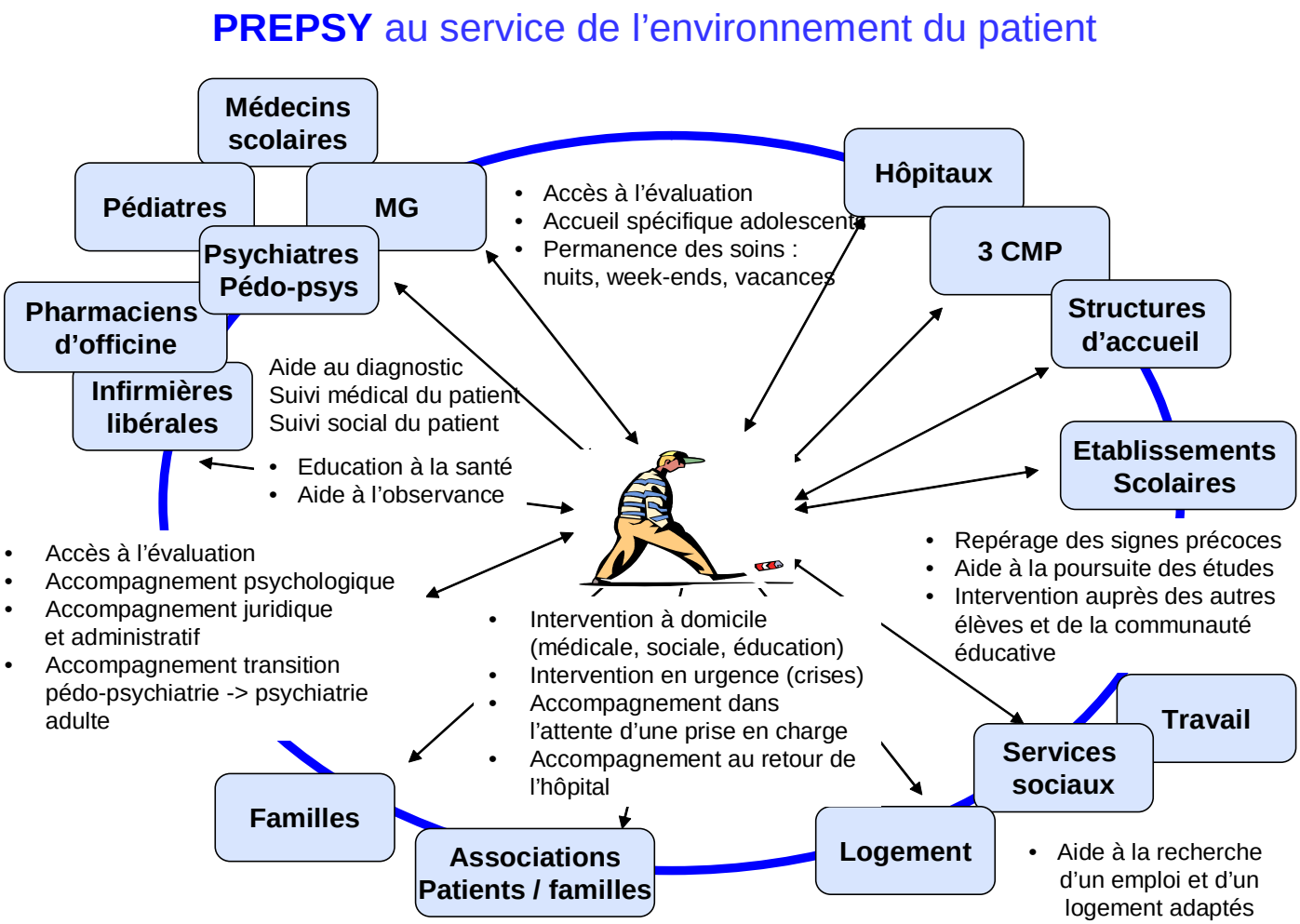


schéma 3

Placer le patient « au centre du réseau » (schéma 3), cela signifie élaborer, pour chacun, un réseau « sur mesure », en fonction de ses besoins. Et constituer autour de lui un « maillage ». Notre travail consiste à imaginer, décrire et enrichir ce réseau, dans le but que le jeune puisse se constituer un projet de vie à court et moyen terme.

Prepsy, en bref, c'est :

- trois années de fonctionnement, et plus de 900 patients inclus depuis le 1er janvier 2004 - une équipe de 15 à 20 personnes (administration, médecins, etc.) pour le suivi et la coordination.
- plus de 200 professionnels signataires de la charte Prepsy (voir sur le site www.prepsy.org)
- des actions non sectorisées : nous intervenons sur l'ensemble de Paris.

- plus de 1 100 professionnels de santé formés (des médecins libéraux à 61 %), pour la détection précoce, l'aptitude à travailler en réseau, à fournir un avis sur un premier contact, voire une évaluation de handicap psychique.
- un service gratuit. Ce sont des institutions qui financent, et dont le soutien s'est renouvelé : Agence régionale de l'hospitalisation Île-de-France, Union régionale des caisses d'assurance maladie Île-de-France, MILDT, DASS de Paris, CPAM de Paris, Fondation de France, Fondation Wyeth pour l'enfance et divers opérateurs hospitaliers.
- et rapide : délai moyen d'accès à l'évaluation : 3 jours

Prepsy, c'est aussi un réseau de santé :
- agréé par l' Agence régionales de l'hospitalisation (ARH)
- inscrit au Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS III)
- inscrit au programme de la Haute autorité de santé (HAS). Prepsy y fera, fin 2007, une recommandation nationale sur les Signes précoces de la schizophrénie
- conventionné avec le Centre Hospitalier Sainte Anne
- conventionné avec les associations d'usagers
- conventionné avec l'INSERM U796
- membre du Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS)
- membre de l'International Early Psychosis Association(IEPA)
- partenaire de la Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM)

DÉBAT AVEC LA SALLE

Cadre socio-éducatif dans un centre maternel du 13ème arrondissement Paris : Nous rencontrons de jeunes adultes pour lesquels la « psy », c'est l'image du « fou de Saint-Anne ». Comment obtenir une prise en charge ?

Guy Gozlan : Nous sommes une équipe médicale, car le problème majeur est l'évaluation d'une maladie. Et la difficulté des jeunes de prendre contact avec des équipes de soin, cela fait partie des symptômes. Nous avons ainsi des consultations « sans patient » , avec les familles. Nous nous déplaçons même sur place dans les cas graves. Dans les trois quarts des cas, nous obtenons l'hospitalisation.

Cécile Petiqueux : nous nous posons déjà la question de savoir si la réponse, c'est une consultation en CMP. Nous travaillons notamment avec les familles, sur les représentations qu'elles ont de la maladie, sur la consultation même pour la dédramatiser — il ne s'agit que d'une simple évaluation de la situation, dans un premier temps.

Pouvez-vous nous préciser la manière dont se passent vos démarches à domicile ?

Cécile Petiqueux : il existe un réflexe courant chez les gens : « mon fils ou ma fille ne veut pas aller consultez, venez le ou la voir. » Attention, il existe une différence entre ne pas

« vouloir » et ne pas « pouvoir », et ce point doit être évalué. Un point de repère : environ 10 % des cas nécessitent un déplacement.

Guy Gozlan : Qu'est-ce que cela veut dire « ne pas pouvoir » ? Eh bien il faut savoir qu'un schizophrène ne parvient à maintenir sa concentration que pendant moins de 5 minutes par heure. Impossible d'organiser sa journée, dans ces conditions.

Christian Bullard : vous disposez d'un système d'information très efficace. Pouvez-vous nous en dire plus ?

Guy Gozlan : si je suis médecin affilié à Prespy, moyennant une connexion ADSL et un code, je peux accéder à des dossiers partagés — , patient, indemnisation, etc. Ensuite, le système « construit » automatiquement une réunion de concertation interdisciplinaire par le biais de la synthèse des tests et des examens concernant le patient.

Christian Bullard : Une observation empirique montre que les jeunes schizophrènes présentent très rapidement des formes « vides » et plus du tout « productives », ce qui est une évolution par rapport à ce que l'on constatait au cours des dernières années. Peut-on l'attribuer à des consommations de psychotropes en augmentation ?

Guy Gozlan : C'est-à-dire plus de formes « déficitaires », en comparaison aux formes produisant beaucoup de délires, voire de l'agressivité (mais c'est très rare) ? On constate en tout cas que la consommation abusive de cannabis, avant l'apparition de la maladie, est prédictive de la forme « apragmatique » — caractérisée par l'incapacité d'agir volontairement.

Marguerite Arene : l'effort de formation des médecins de ville pourrait-il bénéficier à des travailleurs sociaux, qui sont en contact avec des jeunes ?

Guy Gozlan : Pour des raisons historiques ayant trait à nos sources de financement, nous n'avons pas encore abordé les partenaires sociaux. Mais aujourd'hui, nous sommes en contact avec plus de 60 types de professionnels différents. Nous ne nous imposons aucune frontière dans ce domaine, et nous pensons depuis longtemps à nouer des liens avec le travail social.

Une animatrice d'un lieu d'accueil et d'écoute pour les 16-25 ans à Montreuil :
On entend souvent, notamment chez des toxicomanes : quand je trouverai du travail, je me soignerai. Ou encore : ça ira mieux tout seul. Que peut-on faire ?

Guy Gozlan : Est-ce que vous avez des contacts avec le secteur psychiatrique de Montreuil ? Ils peuvent vous aider. Ensuite, ce n'est pas parce qu'ils « n'y vont pas » qu'il faut renoncer. Je vous suggère de vous inspirer de ce que nous faisons : créez des liens avec le secteur, vérifiez que votre institution est reconnue par lui, etc.

Une assistante sociale à Paris : qu'en est-il du programme de retour à la scolarité ?

Cécile Petiqueux : quand un jeune va mieux il est rare qu'il refuse la scolarisation. Nous essayons de faire un travail de proximité et de formation avec les équipes pédagogiques ; et les médecins scolaires et infirmières scolaires. Notre action se poursuit pour l'enseignement universitaire et les grandes écoles

CONTACTS :

PREPSY - Réseau de Santé
14/20, rue Mathurin Régnier – 75015 PARIS
☎ : 01.47.83.72.19.
Site : www.prepsy.org
Mail :prespy@free.fr