



## TABLE DES MATIERES

1. Le projet territorial de santé mentale (PTSM).....	3
1.1. Qu'est qu'un PTSM ? .....	3
1.2. Présentation de la démarche d'élaboration du PTSM à Mayotte.....	4
2. Les éléments de contexte.....	7
2.1. Situation socio-économique à Mayotte .....	7
2.2. Les résultats de l'étude « La santé mentale en population générale » .....	8
2.3. Offre sanitaire, médico-sociale et sociale .....	9
Le Centre Hospitalier de Mayotte .....	9
Le service d'addictologie .....	12
La Maison des Adolescents (MDA) .....	13
Présence des libéraux.....	13
Le secteur médico-social .....	13
2.4. Une offre sociale en développement concourt au logement et à l'accompagnement des situations .....	14
2.5. La dimension traditionnelle et religieuse devant être considérée .....	15
3. Les constats .....	16
3.1. Mobilisation de l'expression des acteurs lors des ateliers et des entretiens individuels .....	16
3.2. Le point de vue des usagers et des associations de familles.....	17
3.3. Des offres actuelles clairement insuffisantes.....	18
3.4. Des parcours de santé et de vie manquant de lisibilité pour les professionnels et de fluidité pour les usagers.....	22
3.5. Interactions système de santé et d'accompagnement et approche communautaire, traditionnelle et religieuse : des opportunités encore non exploitées.....	25
3.6. Une complexité des parcours accrue en raison de la précarité et de l'insécurité administrative caractérisant la population mahoraise .....	27
4. Les pistes .....	28
4.1. Les offres actuelles à renforcer .....	28
4.2. Favoriser le développement des compétences spécifiques et fidéliser les professionnels..	29
4.3. Fluidifier les parcours de santé et de vie en impliquant les communes, les familles et en décloisonnant le fonctionnement des acteurs.....	30
4.4. Adapter le système de santé et d'accompagnement à la culture mahoraise.....	31
Glossaire .....	33

# 1. LE PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE (PTSM)

## 1.1. Qu'est qu'un PTSM ?

La loi de modernisation du système de santé prévoit qu'au niveau de chaque territoire, l'ARS arrête pour cinq ans un projet territorial de santé mentale (PTSM), un objet qui n'est pas un outil de programmation comme les autres.

Ses particularités sont les suivantes :

- Il aborde la santé mentale de façon large et globale, ce qui conduit à jeter un regard bien au-delà de la seule question du soin.

Ainsi, la loi prévoit que le PTSM tourne autour des priorités suivantes :

- ❖ Repérage précoce, élaboration de diagnostics et accès aux soins et aux accompagnements
  - ❖ Organisation de parcours sans rupture
  - ❖ Accès aux soins somatiques
  - ❖ Prévention et prise en charge des situations de crise
  - ❖ Respect et promotion des droits des personnes
  - ❖ Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.
- Il se base sur un diagnostic partagé et sur une mise en œuvre au travers desquels une communauté large d'acteurs peut contribuer et est en situation de s'impliquer au moment de la mise en œuvre du plan d'action.

Cette communauté est composée des acteurs suivants :

- Les usagers (via les GEM (Groupes d'Entraide Mutuelle), les aidants et les associations qui les représentent ; leur place et avis est primordial sur l'ensemble des questions.
- Les collectivités territoriales : leur participation est également essentielle. En effet, le conseil départemental est en charge de la compétence de l'aide sociale à l'enfance, mais aussi de la solidarité vis-à-vis des personnes âgées et handicapées. Plus spécifiquement à Mayotte, il est également chargé du fonctionnement du conseil cadial. Les communes peuvent mobiliser les conseils locaux de santé mentale comme levier d'action de la santé
- La Maison des Adolescents (MDA)
- Les acteurs sociaux et médicosociaux, dont la MDPH
- Les services de l'Etat : ARS, Préfecture, DIECCTE, PJJ, Education Nationale, SDIS, Forces de l'ordre, SPIP, ...
- Les acteurs de lutte contre la précarité ou l'exclusion ; en effet, une part des personnes en situation d'exclusion peuvent aussi avoir des troubles psychiques ; la santé mentale dans son approche globale intègre naturellement la coopération entre services de soins et d'accompagnement d'une partie des plus exclus
- Les acteurs du champ sanitaire, au travers plusieurs services ou dispositifs : CHM (psychiatrie, urgence, addictologie). Ils sont les acteurs « évidents » de la santé mentale ; leurs liaisons avec l'ensemble des autres acteurs est un des enjeux du PTSM ;

## 1.2. Présentation de la démarche d'élaboration du PTSM à Mayotte

A Mayotte, l'ARS a confié au CREAM la réalisation de ce travail. Selon le calendrier prévisionnel le PTSM devrait être en situation d'être adopté au mois d'avril 2020.

Les grandes étapes de la démarche sont envisagées selon le graphique ci-dessous. Il est à noter que la phase d'élaboration du diagnostic est engagée depuis le mois d'octobre 2019 avec l'organisation de rencontres bilatérales avec plusieurs acteurs (URPS<sup>1</sup> médecins, URPS infirmiers, Service de psychiatrie et d'addictologie du CHM, Maison des adolescents, Conseil Cadijal, Groupe d'échange et de mutualisation, PJJ<sup>2</sup>).

Concernant la collecte des données, il était envisagé de mettre en place une collecte spécifique de données pendant quelques mois, afin de rassembler des données d'activité pouvant être utiles à l'élaboration du diagnostic. Les indicateurs envisagés étaient notamment les suivants :

- ❖ Commune de domiciliation des patients fréquentant les CMP<sup>3</sup>
- ❖ Délai d'accès à une rendez-vous de CMP
- ❖ Nombre de visites à domicile par commune de résidence
- ❖ Proportion de rendez-vous de CMP annulé
- ❖ Proportion de procédures SDRE<sup>4</sup> et SDDE<sup>5</sup> cassé par le juge des libertés et de la détention (JLD)
- ❖ Proportion de vacations programmées mais ne pouvant pas être assumés.

Cette collecte n'a pu se mettre en place dans un tempo en adéquation avec le calendrier de la démarche (frein administratif et difficultés méthodologiques). Il ne faut pas pour autant renoncer, lors des phases à venir, ou même dans le cadre de la mise en œuvre du PTSM, à objectiver plus en avant les éléments mis en exergue par le diagnostic.

Par contre, ce travail d'élaboration du diagnostic territorial de santé mentale bénéficie de l'étude "*La santé mentale en population générale : images et réalités réalisée à Mayotte en 2016* » dont les résultats ont été restitués en novembre 2019.

Après une concertation restreinte, le comité de pilotage élargi associant l'ensemble des acteurs s'est tenu le 4 novembre 2019. Il a lancé les travaux, de présenter le PTSM et la démarche. Il a permis de mobiliser les acteurs et d'intégrer des compléments dans la démarche ou des acteurs complémentaires à associer

4 groupes de travail<sup>6</sup> ont été mis en place dans le cadre de l'élaboration du diagnostic et chacun d'entre eux se sont réunis à deux reprises.

---

<sup>1</sup> Union Régionale des Praticiens de Santé ; il existe une URPS par catégorie de professionnels (médecins libéraux, infirmiers, pharmaciens, ...)

<sup>2</sup> PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

<sup>3</sup> CMP : centre médico-psychologique

<sup>4</sup> SDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État

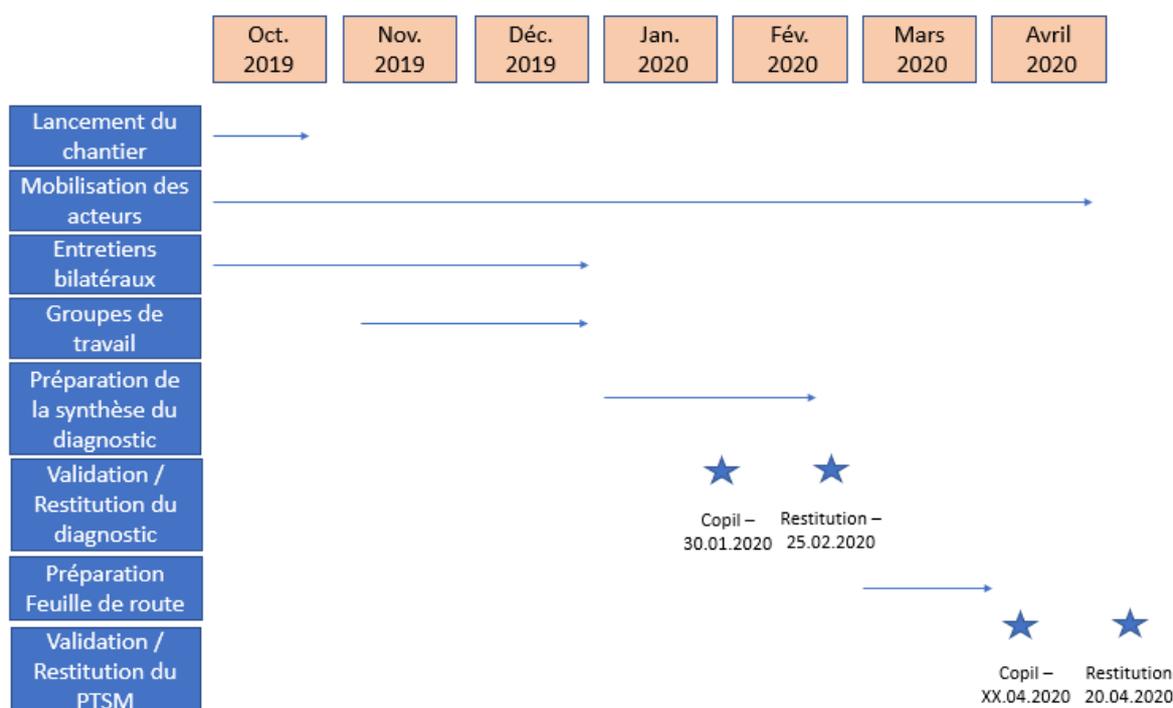
<sup>5</sup> SDDE : soins sur décision du directeur d'établissement de santé

<sup>6</sup> Cette méthode est une adaptation au contexte mahorais de la méthode expérimentée et capitalisée par l'ANAP : <https://www.anap.fr/les-projets/programme-de-travail/projets/detail/actualites/diagnostic-territorial-des-parcours-en-psychiatrie-sante-mentale-1/>

Chacun était dédié à un thème correspondant à l'une des problématiques majeures constatée en début de démarche et identifiée à l'issue d'une concertation avec les acteurs. Ces thèmes sont les suivants :

- ❖ **Prévention et gestion des situations de crise,**
- ❖ **Accessibilité aux soins et aux accompagnements,**
- ❖ **Coordination et communication**
- ❖ **Santé mentale et approches culturelles et traditionnelles.**

Chacun de ces groupes a associé des acteurs issus de plusieurs secteurs. La première réunion visait à dégager les constats de difficulté et leurs causes. La seconde visait davantage à identifier les solutions qui mériteraient d'être recherchées via le PTSM.



Ces réunions ont rassemblé entre 5 et 15 participants chacune. Certaines institutions se sont particulièrement investies : le service de psychiatrie du CHM, l'association du champ médico-social Mlezi-Maoré, Apprentis d'Auteuil Mayotte, Solidarité Mayotte, Autisme Mayotte, IRTS<sup>7</sup>, GEM, le conseil cadial, etc.

Cependant à ce stade, les communes, les CCAS<sup>8</sup>, le conseil départemental, la MDPH n'ont pas pu être mobilisés au niveau espéré. Leur implication est en tant que telle un objectif du PTSM.

<sup>7</sup> IRTS : Institut Régional du Travail Social

<sup>8</sup> CCAS : centre communal d'action sociale

Les résultats des travaux obtenus d'octobre à décembre ont été synthétisés, afin de permettre un 1<sup>er</sup> partage du diagnostic le 30 janvier 2020, lors d'un pré-comité de pilotage réunissant l'ARS, le conseil départemental, les associations d'usagers, le CHM, les associations gestionnaires. Ce diagnostic a ensuite été enrichi au regard des retours du, jusqu'à une restitution du 25 février, en présence de l'ensemble des acteurs du territoire et de Franck Bellivier, Délégué Ministériel à la Santé Mentale.

Les deux derniers mois de la démarche seront consacrés à l'élaboration, toujours au travers l'association d'un nombre important d'acteur, de la feuille de route la plus appropriée pour que des réponses pertinentes et réalistes soient apportées aux principaux enjeux relevés lors du diagnostic.

Cette feuille de route, qui n'est autre que le PTSM en tant que tel, a vocation à être validée et restituée le 20 avril 2020.



## 2. LES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

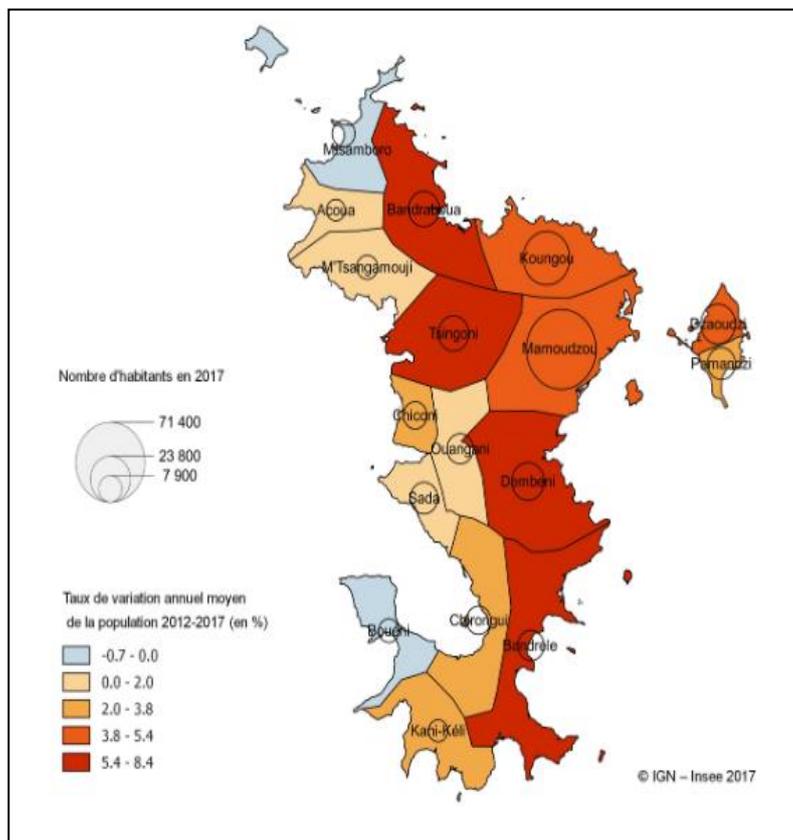
### 2.1. Situation socio-économique à Mayotte

Selon le recensement de l'Insee, il y avait 256 500 habitants résidant à Mayotte en 2017. Ces chiffres officiels indiquent les caractéristiques de cette population :

- ❖ Le taux d'accroissement de la population est plus fort sur la période 2012 – 2017 (+ 8 800 personnes par an ou +3,8%) que pendant la période précédente (taux d'accroissement de + 2,7% entre 2007 et 2012). L'INSEE considère que cette tendance d'accroissement de la population s'est poursuivie en 2018<sup>9</sup>, avec comme principal facteur d'accroissement le solde naturel, et un facteur complémentaire, le solde migratoire, lui aussi positif.
- ❖ Le taux de natalité (38 naissances pour 100 000 habitants) est trois fois plus élevé que celui constaté en métropole. L'écart de fécondité est significatif : 4,7 enfants par femme à Mayotte, contre 1,8 en métropole.
- ❖ En 2018, 55% des enfants nés à Mayotte ont au moins un parent français. Par ailleurs, la proportion de mères mineures est très importante (5% des mères) par rapport à la métropole (0,4% des pères).
- ❖ La population mahoraise est beaucoup plus jeune que celle de métropole. 44% de la population a moins de 15 ans et 54% a moins de 19 ans ;
- ❖ Le territoire de Mayotte se caractérise par la plus forte densité de France (hors d'Ile de France)
- ❖ Le territoire est décomposé en 17 communes. La population officielle de 2017 se répartit de la façon suivante :

Commune	Population 2017
Acoua	5 192
Bandraboua	13 989
Bandrele	10 282
Bouéni	6 189
Chiconi	8 295
Chirongui	8 920
Dembeni	15 848
Dzaoudzi	17 831
Kani-Kéli	5 507
Koungou	32 156
Mamoudzou	71 437
Mtsamboro	7 705
M'Tsangamouji	6 432
Ouangani	10 203
Pamandzi	11 442
Sada	11 156
Tsingoni	13 934

Source : Insee



<sup>9</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3713016> et <https://www.insee.fr/fr/information/4216773>

- ❖ Une proportion importante de la population mahoraise n'est pas en situation de satisfaire ses besoins élémentaires, avec des phénomènes de sous-alimentation,
- ❖ L'augmentation de la population entraîne un développement préoccupant de l'habitat précaire. 30 à 40 % des Mahorais vivaient dans les Bangas ; une partie importante du parc de logements est considéré comme insalubre.
- ❖ L'économie est très fragile, portée par les importations liées à la consommation des ménages. Même si nombre d'entreprises sont créées et sont pourvoyeuses d'emploi, le taux de chômage est à environ 30% depuis 2016<sup>10</sup>. Toujours selon l'INSEE : « *les jeunes, les femmes et les natifs de l'étranger demeurent les plus touchés par le chômage* ».
- ❖ Mayotte accuse un retard important en matière d'infrastructures et de personnes qualifiées, les pouvoirs publics devant répondre aux besoins de la population en forte croissance. Le CHM, le secteur médico-social, l'Education Nationale sont en tension au regard de cette difficulté.

## 2.2. Les résultats de l'étude « La santé mentale en population générale »

L'étude « Santé mentale en population générale » a été réalisée par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille-France).

- Etude réalisée en 2016 auprès de 892 personnes (+ de 18 ans), sur la base d'un protocole utilisé dans d'autres territoires et départements de l'océan d'indien. L'utilisation d'une méthodologie commune permet ainsi de réaliser des comparaisons, tout en mesurant bien que les données comparées n'ont pas été collectées dans une unicité de temps.
- Cette étude comporte deux volets :
  - Elle apporte des éléments de type épidémiologique. En effet, le questionnaire diagnostic du MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) permet à l'issue de ce dernier, de repérer de potentiels troubles psychiques
  - Elle apporte également des données sur la représentation de la population quant à la notion de « folie », de « maladie mentale » ou de « dépressif ».

En termes de prévalence, l'étude conclut que, hors risque suicidaire, **la proportion de l'échantillon souffrant ou ayant souffert d'un trouble psychique s'élève à au moins à 35,6%**. Il est important de noter qu'il s'agit de résultats comparables quantitativement à ceux obtenus à La Réunion, à Madagascar ou à Maurice.

---

<sup>10</sup> INSEE, Enquête Emploi 2019

Si l'on regarde dans le détail, le taux de prévalence par trouble est le suivant :

Trouble	Taux prévalence	Prévalence Femme	Prévalence Homme	Prévalence 18-29 ans
Trouble de l'humeur	19%	20,9%	17%	26,3%
Trouble anxieux	24,1%	25,7%	22,4%	31,9%
Problème d'alcool	3,5%	0,4%	6,2%	5,3%
Problème de drogue	3,1%	0,8%	6,4%	5,9%
Syndrome d'allure psychotique	3,5%	2,3%	4,8%	6,2%
Risque suicidaire	9,6%			
Insomnie	11,2%			

Le tableau ci-dessus le démontre, le genre a une incidence sur la fréquence des troubles.

Les troubles de l'humeur et le trouble anxieux sont plus fréquents chez les femmes. En revanche les problèmes d'alcool et de drogue sont des problèmes quasiment exclusivement masculins.

D'autres facteurs déterminent la fréquence des troubles : à Mayotte la fréquence des troubles est d'autant plus forte que les sujets (adultes) sont peu âgés, avec des écarts constatés significatifs.

Dans le contexte démographique de ce territoire, cela interroge sur la santé mentale des jeunes (moins de 18 ans) qui n'ont pas été intégrés au panel.

Les autres critères ayant globalement pour incidence une augmentation de la fréquence des troubles sont le statut marital (le célibat étant un facteur défavorable), un faible niveau de revue, l'absence d'un emploi.

### 2.3. Offre sanitaire, médico-sociale et sociale

#### Le Centre Hospitalier de Mayotte

Le Centre Hospitalier de Mayotte est le seul établissement de santé du territoire disposant d'une offre en psychiatrie. Cette offre est pour l'essentielle concentrée sur Mamoudzou. Il s'agit de la commune où se trouve le CMPEA<sup>11</sup>, un CMP adulte, le service d'hospitalisation complète, une cellule péri crise qui intervient en lien avec le service d'accueil des urgences. Par ailleurs, l'offre du CHM en matière d'addictologie, considérée comme complémentaire à celle de la psychiatrie, est également pour l'instant concentrée sur Mamoudzou.

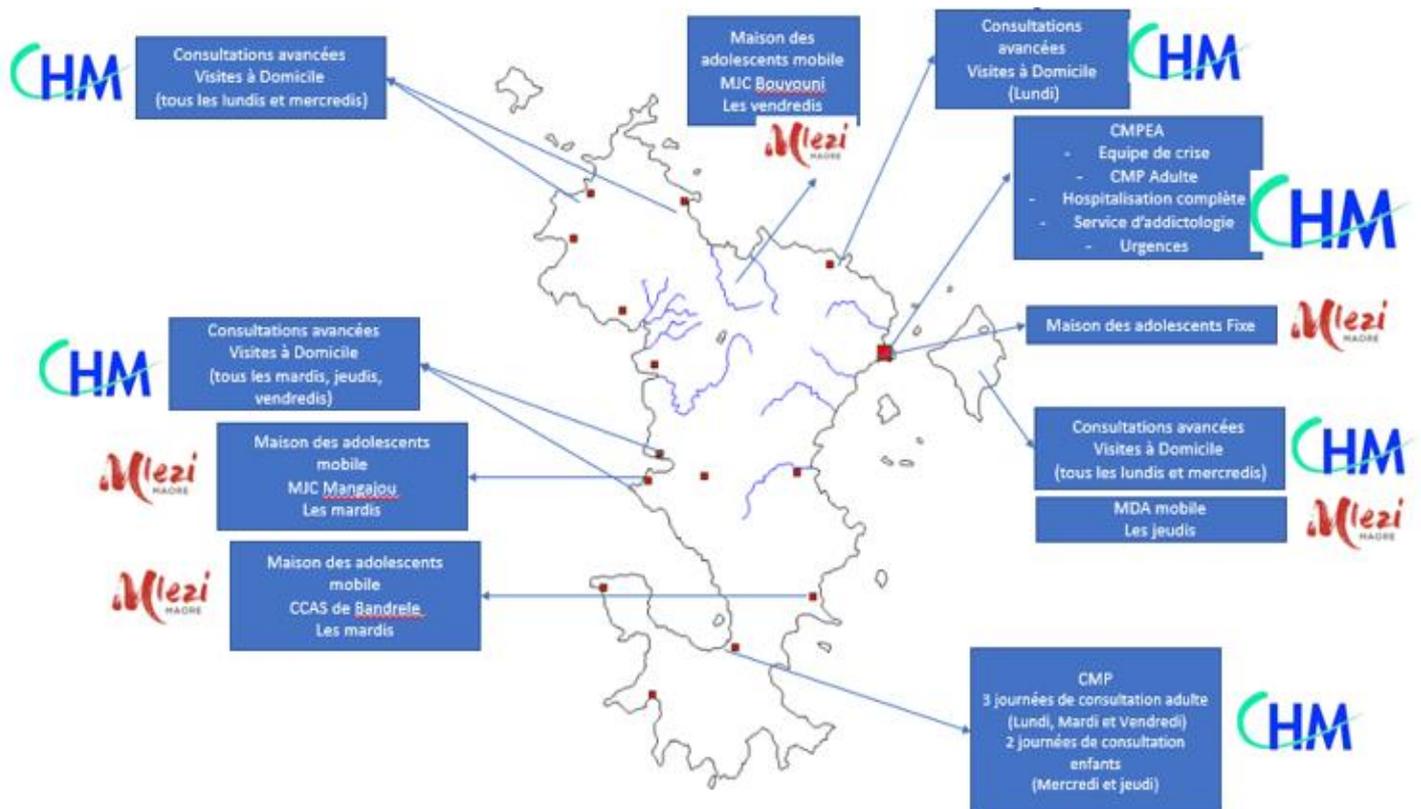
Depuis quelques années, le CHM a développé des consultations sur des territoires déconcentrés. Parmi ces dernières, le CMP de la commune de Chirongui est le seul dispositif permanent. Du lundi au vendredi, des journées de consultations enfants et adultes sont organisées, au travers la mobilisation de personnel venant du CHM Mamoudzou (Psychiatre, Traducteur, etc.).

D'autres plages de consultation sont en principe organisées à la Petite Terre, à Bouyouni, etc.

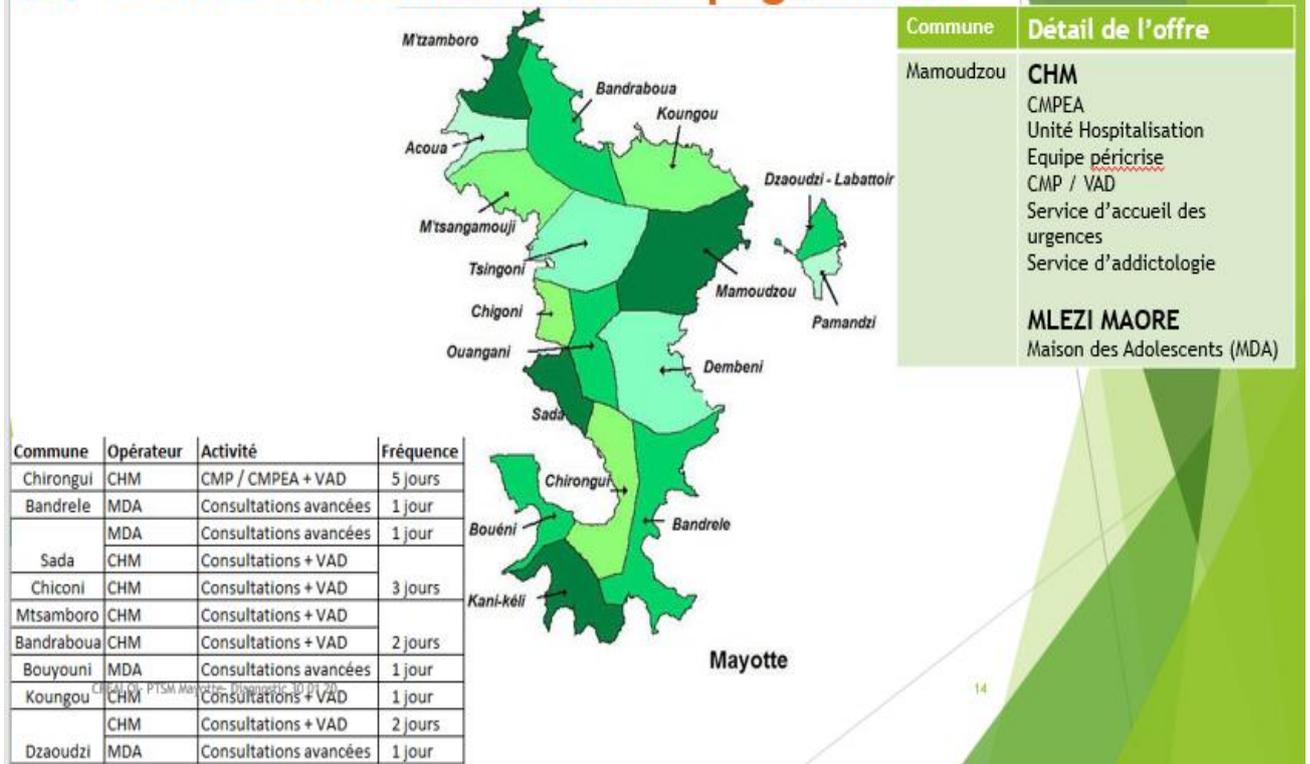
<sup>11</sup> Centre médico-psychologique pour enfants et adolescents

Le CHM s'appuie sur cette organisation de type « aller vers » pour effectuer des visites à domicile dans ces différents secteurs (Nombre de visites à domicile réalisées en 2019 par secteur).

Ces plages de consultations sont parfois annulées quand le CHM ne dispose pas des ressources humaines (psychiatre, infirmier, traducteur) indispensables au maintien de leur programmation.



# L'offre de soin et d'accompagnement



Concernant la pédopsychiatrie, il n'existe pas de possibilité d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie sur le territoire de Mayotte. Le Pavillon Vanille basé à La Réunion a une vocation sous-régionale.

Concernant les adultes, il y a une unité de 10 lits d'hospitalisation. En 2018, les mesures d'hospitalisation sans consentement ont représenté 44% de l'activité d'hospitalisation complète.

Année	Nbre de lits	Nbre de séjours	Nbre de journée	Taux d'occupation	DMS
2015	10	197	2787	76,4%	14,1 jours
2018	10	299	2717	74,4%	9,1 jours

DMS : durée moyenne de séjour

Source : CHM

De plus, en se basant sur les données transmises par l'établissement dans le cadre de l'enquête SAE, on constate des DMS totalement atypiques pour la psychiatrie, d'autant plus qu'il n'y a pas à Mayotte la palette d'offre extrahospitalière (Réseau cohérent de CMP, Hôpitaux de jour, CATTP, Appartements thérapeutiques) qui existe sur d'autres territoires et qui sont de nature de faciliter la poursuite d'un processus thérapeutique initié pendant la phase d'hospitalisation, et donc d'avoir un effet sur la DMS.

Avec 10 lits pour près de 300 000 habitants, la situation à Mayotte, en matière de psychiatrie, n'a strictement rien à voir avec le niveau d'équipement constaté au niveau des autres territoires français, y compris des DOM.

La cellule péri crise a été créée en 2016. Comme son nom l'indique, elle a vocation à intervenir en amont de la crise, durant cette dernière (justifiant sa présence au niveau du service d'accueil des urgences), puis en aval.

Elle fonctionne grâce à l'aide du personnel qui lui a été affecté (voir tableau ci-dessous): 5 ETP d'IDE, 3 AMP, 1 Psy.

Profession	Nbre d'ETP
Psychiatre	1,5
IDE	5
AMP	3
Psychologue	1

Au regard du projet initial, la cellule se concentre sur la gestion de la crise et sur la réalisation d'un suivi à chaud et à distance.

Le CMPEA est également rattaché au service de psychiatrie du CHM.:

- 1 médecin (sur 2 budgétés)
- 3 infirmiers
- 2 psychologues
- 1 AMP
- 1 Auxiliaire de puériculture
- 1 secrétaire
- 1 psychomotricien
- 1 orthophoniste (poste budgété mais non pourvu).

### Le service d'addictologie

Le service d'addictologie du CHM dispose des ressources humaines suivantes : ½ PH, 1 IDE et 1 Psychologue à temps plein.

Le service ne dispose pas de lits d'hospitalisation complète, ni de services de postcure. Lorsqu'il y a besoin d'hospitalisation, le patient est transféré en service de médecine. Occasionnellement (1 à 2 patients par an), le transfert des patients a lieu vers le service d'addictologie du CHU de La Réunion (site Nord).

L'analyse des données montre que les patients se rendant au service d'addictologie proviennent essentiellement de Mamoudzou, de Petite Terre ou d'autres zones proches de Mamoudzou. Ces éléments mettent en évidence une véritable problématique d'accès aux soins

Le Dr Youssouf est porteur d'un projet d'ELSA (équipes de liaison de soins en addictologie). Le CHM, par ses dispensaires est un établissement multisite. Par conséquent, le projet a deux dimensions :

- Formation d'infirmier dans les différents services du CHM
- Mise en place de consultations avancées dans les dispensaires
- Liaison interne au site de Mamoudzou (Urgence, etc.).

## La Maison des Adolescents (MDA)

La Maison des Adolescents de Mayotte est gérée par l'association Mlezi-Maoré. Le site principal est situé à Mamoudzou. Cependant, grâce à des partenariats plus ou moins solides avec les communes, la Maison des Adolescents organise périodiquement des permanences dans plusieurs localités.

Les interventions de la MDA se répartissent entre des prises en charges individuelles et par des activités collectives.

En 2018, sur la base du rapport d'activité de la MDA, 3700 jeunes ont bénéficié des activités de la MDA, dont 348 dans le cadre d'une prise en charge individuelle.

## Présence des libéraux

Le territoire de Mayotte se caractérise par une présence de médecins généralistes limitée. Il y avait au 31/12/2019 29 médecins conventionnés sur le territoire. Cela correspond à une densité de 11 médecins pour 100 000 habitants, à comparer à la densité nationale qui est de 88 médecins pour 100 000 habitants.

La comparaison des actes de médecine libérale auxquels a recouru la population mahoraise (nombre d'actes pour 100 habitants) aboutit à un écart légèrement moins important mais qui reste tout à fait significatif (16,35 contre 81,67).

A noter enfin qu'il n'y a pas de psychiatre libéral sur le département de Mayotte.

L'offre libérale à Mayotte est également assurée par la présence d'infirmiers, dont 141 étaient installés conventionnés fin 2019. Cela correspond à 55 infirmiers pour 100 000 habitants (contre 143 au plan national).

Les professionnels libéraux de Mayotte n'ont pas eu l'occasion de participer aux différentes réunions et ateliers organisés dans le cadre de ce diagnostic. Pour autant, les représentants des deux URPS médecin et infirmier ont été contactés.

Leurs remarques concernant la prise en charge des troubles psychiques à Mayotte mettent en avant le caractère insuffisamment lisible du parcours de santé, en particulier dans le cas où ils font face à une situation de crise.

## Le secteur médico-social

Le secteur médico-social à Mayotte est en pleine expansion.

La situation initiale est défavorablement incomparable avec les possibilités d'accompagnement qui se présentent aux personnes handicapées sur d'autres territoires.

Dispositif	Organisme	Date de création	Nombre de places
CAMSP	MLEZI MAORE	2014	40
EEAP	OZM / ALEFPA		9
IME	MLEZI MAORE	2002	93
DIAT	MLEZI MAORE		
SESSAD	MLEZI MAORE	2002	174
SESSAD	APAJH	Autorisé en 2019	22
IME	APAJH		50
SSAD	APAJH		10
SASAIS	ADSM		
ITEP	MLEZI MAORE	2005	32
MAS	OZM / ALEFPA		9+5
SSIAD	CROIX ROUGE	2017	57 dont 17 PH

Globalement, toute déficience confondue, le nombre de places (services et établissements) autorisées s'élevait à 440 pour les enfants et à 31 seulement pour les adultes (MAS et SSIAD – PH ; données 2018, *Source ARS*).

Cette situation de départ permet de mesurer les effets des efforts de l'ARS pour négocier avec la CNSA afin d'accroître le niveau de financement des places actuelles, et pour financer un PRIAC prévoyant la création d'environ 200 places d'établissements et service.

Cette perspective d'extension de capacité, s'accompagne également de l'arrivée de nouveaux opérateurs.

Par ailleurs, concernant le champ de l'addictologie, il faut noter le lancement d'un appel à projet prochain portant sur un CSAPA, CAARUD et CJC.

#### 2.4. Une offre sociale en développement concourt au logement et à l'accompagnement des situations

L'offre d'accompagnement social est en cours de développement.

En 2019, il est à noter la structuration des familles d'accueil pour personnes handicapées et personnes âgées, avec la mise en place d'agrément par le Conseil Départemental.

Par ailleurs, 25 places de « Résidence Accueil » pour les personnes en situation de handicap psychique, financées par la DJSCS, sont mises en place par MLézi Maoré.

La Direction de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale (DJSCS) a le projet d'autoriser 61 places de « Maisons-relais<sup>12</sup> » ; une trentaine sont déjà en place via la Croix-Rouge (20 places) et SOLIHA (8 places).

<sup>12</sup>CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGCS/SD1C/DHUP/DIHAL/2017/157 du 20 avril 2017 relative à la mise en œuvre du plan de relance 2017-2021 des pensions de famille et des résidences accueil: Les pensions de familles, aussi appelées maisons-relais, constituent une catégorie particulière de résidences sociales. Conformément à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation, ce

Complémentaire, il est prévu que les appartements thérapeutiques continuent à se développer.

L'intermédiation locative se développe aussi ; la Croix-Rouge et SOLIHA sont positionnées sur ces prestations.

Le contingent préfectoral de logements<sup>13</sup> se met en place à Mayotte, avec une perspective de 100 logements pour commencer.

Ces éléments apportent une complémentarité aux soins, notamment sur le logement, dont l'importance n'est plus à démontrer pour le rétablissement des personnes. La démarche « un chez soi d'abord » en atteste.

## 2.5. La dimension traditionnelle et religieuse devant être considérée

S'intéresser au contexte de la santé mentale à Mayotte implique également de s'intéresser aux représentations que sont celles de la population en matière de maladie mentale et du soin. Ces représentations puisent dans des références culturelles très différentes de celles existant en métropole.

Selon les approches religieuses ou animistes, la maladie est souvent provoquée par des causes extérieures à la personne.

Cela peut être un sort jeté qui se transmet par exemple par la consommation d'une boisson ou d'un aliment.

Quelle que soit la voie de transmission, le démon, satan ou le djinn prend possession de la personne et provoque des troubles qui s'apparentent à la folie.

Le développement de ces troubles chez un membre d'une famille mahoraise est source de honte. Le malade est géré par la famille et la communauté, quitte à être enfermé.

Les approches culturelles pratiquées à Mayotte pour soigner des personnes atteintes par un sort sont de plusieurs sortes, sans être exclusives l'une de l'autre. Certaines sont conformes avec le Coran. D'autres relèvent de rites animistes. Sans pouvoir le dénombrer précisément, de l'avis de tous, il s'agit encore de pratiques quasi généralisées au niveau de la population.

L'étude « La santé mentale en population générale : images et réalités réalisée à Mayotte » confirme tout à fait cela. Parmi les éléments concernant les représentations, on peut noter que près de 40% des personnes interrogées déclarent qu'elles iraient d'abord voir leur entourage si elles se sentaient mal dans leur peau.

---

sont des « établissements destinés à l'accueil sans condition de durée des personnes dont la situation sociale et psychologique rend difficile l'accès à un logement ordinaire ».

<sup>13</sup> Des quotas de logements sont réservés dans le parc de logements sociaux aux différents financeurs (Etat, collectivités, Action logement). Ces financeurs sont appelés « **réservataires** » et ils disposent d'un « **contingent** ».

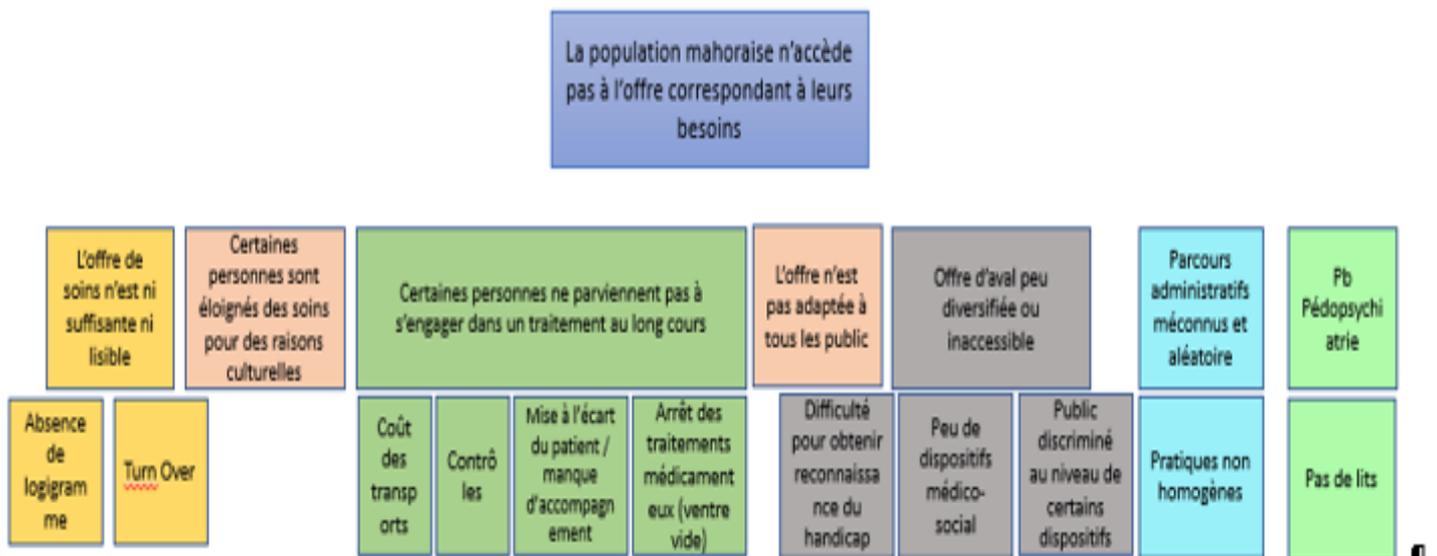
### 3. LES CONSTATS

#### 3.1. Mobilisation de l'expression des acteurs lors des ateliers et des entretiens individuels

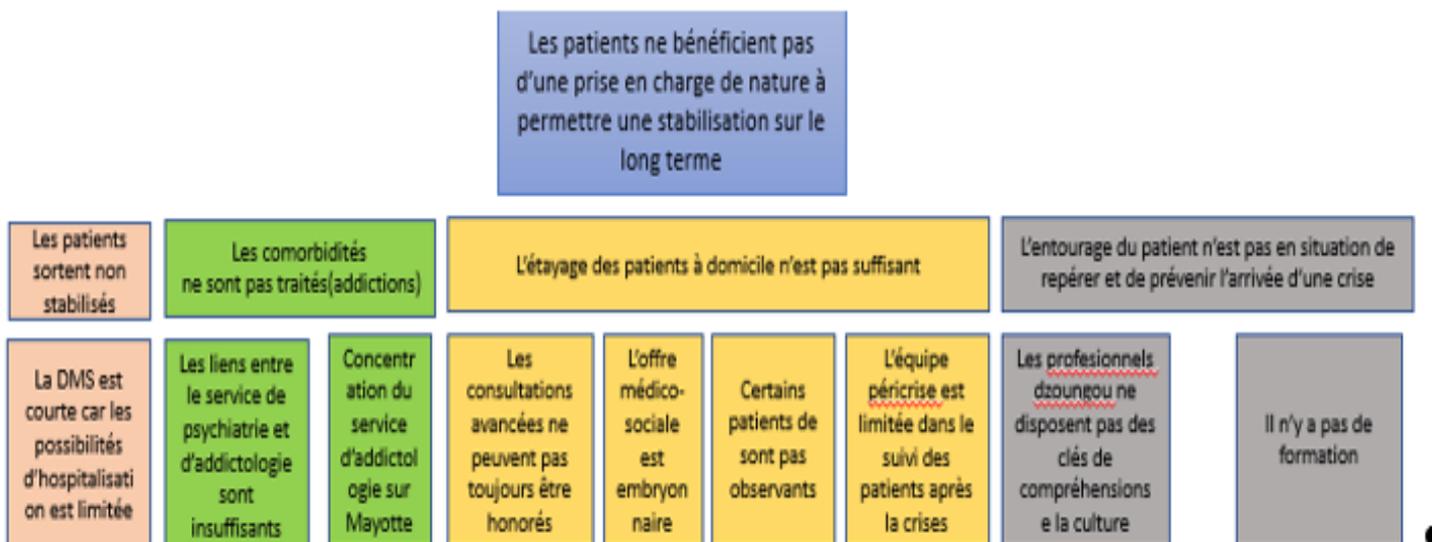
L'ensemble des matériaux collectés dans la phase de diagnostic a alimenté les constats formulés ci-dessous. Les 4 ateliers, au travers de deux séances de travail, ont notamment permis d'analyser les principaux problèmes et leur cause.

Les arbres à problèmes auxquels les ateliers ont abouti sont les suivants :

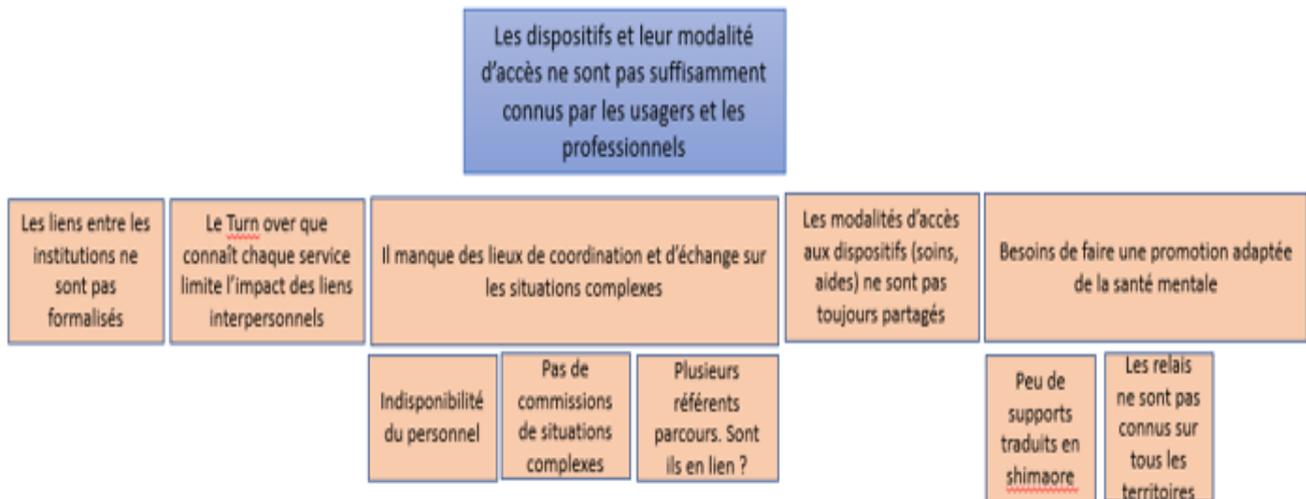
- Groupe concernant **les problèmes d'accessibilité**



- Groupe concernant **la prévention et la gestion des situations de crise**



- Groupe concernant **les problèmes de communication et de coordination**



Ces éléments peuvent être retranscrits en quatre principaux constats :

- Une offre actuelle clairement insuffisante,
- Des parcours de santé et de vie manquant de lisibilité pour les professionnels et de fluidité pour les usagers,
- Interaction système de santé et d'accompagnement et approche communautaire, traditionnelle et religieuse : des opportunités encore non exploitées,
- Une complexité des parcours accrue en raison de la précarité et de l'insécurité administrative caractérisant la population mahoraise.

### 3.2. Le point de vue des usagers et des associations de familles

Les travaux réalisés lors de la phase de diagnostic ont mis en exergue certaines des difficultés rencontrées par les usagers du système de santé et leur famille.

Les adhérents du groupe d'entraide mutuelle (GEM) « Vivre Ensemble » mentionnent que pour les résidents hors Mamoudzou, il est très difficile de participer aux activités du GEM qui sont centrées sur Mamoudzou. Les habitants de Bouéni, par exemple, ont un temps de transport très long et onéreux. Par ailleurs, certains adhérents craignent les contrôles de papier lors des déplacements et les évitent. Les adhérents du GEM sont demandeurs de la création d'autres GEM pour les personnes présentant des troubles psychiques sur le territoire, ou de GEM multisites.

Les conditions de grande précarité d'une partie des adhérents rendent parfois impossible la prise de médicaments du fait de la difficulté de lier prise d'aliments (pas de ressources et pas de quoi se nourrir) et prise de médicaments. Ils décrivent un grand isolement en dehors des contacts procurés par le GEM.

Les représentants des associations mentionnent l'importance de faire apparaître la parole des malades et de leurs proches. Ils soulignent également le besoin de disposer de données partagées sur la psychiatrie. Actuellement, il est fait état de la difficulté à comprendre *qui fait quoi et comment ça fonctionne*.

Les diverses rencontres soulignent que les difficultés des familles sont prégnantes et quotidiennes. Par exemple :

- Les sorties d'hospitalisation sont très difficiles à assumer par les proches car il n'y a pas de service disponible pour accompagner les malades.
- Les familles d'enfants ayant des troubles du comportement mettent en avant des parcours au sein de l'hôpital non adaptés à leur situation. Ils impliquent systématiquement de commencer par l'enregistrement administratif, alors que leurs enfants sont en crise.

Par ailleurs, l'impossibilité de pouvoir disposer sur Mayotte de diagnostic rapide est un sujet d'inquiétude et d'insatisfaction.

- Le défaut de réponses organisées pour les personnes souffrant de troubles chroniques ou les impasses administratives auxquelles aboutissent de nombreuses démarches vis-à-vis de la MDPH transfèrent une énorme charge sur les familles.

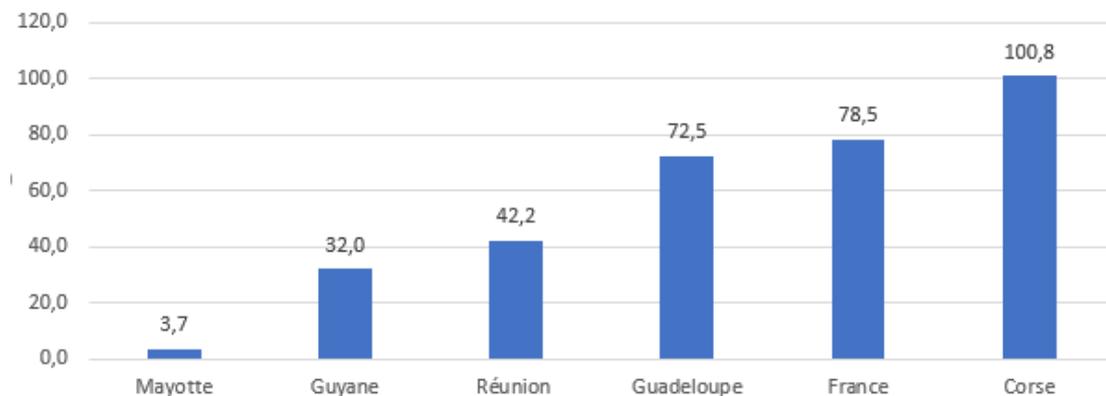
### **3.3. Des offres actuelles clairement insuffisantes**

L'offre de soins et les possibilités d'accompagnement sont actuellement à Mayotte sans commune mesure avec les ressources dont bénéficie les populations des autres territoires nationaux. Ce constat est validé quel que soit le prisme ou le critère au travers desquels on regarde.

Ainsi, si l'on prend en compte les dispositifs existants, la situation est atypique en ce qui concerne les unités d'hospitalisation.

- Il n'existe pas de possibilité d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie sur le territoire. Les cas les plus sérieux sont transférés au sein de l'Unité Vanille (EPSMR à la Réunion) qui a une vocation régionale.
- Chez les adultes, l'offre se limite à 10 lits (plus deux chambres d'isolement), ce qui correspond à un ratio de lits par habitant particulièrement faible (voir graphe ci-dessous), avec pour effet, par exemple, une incapacité à prolonger l'hospitalisation, y compris pour des patients lourds. La DMS globale constatée sur ces lits (entre 9 et 15 jours) est en tant que tel tout à fait atypique. Ainsi, les demandes de sorties des patients, notamment ceux ayant justifiés la mise en place d'une procédure administrative interviennent rapidement. Cela conduit le Préfet à demander un second avis systématiquement.

### Comparaison des taux d'équipement en psychiatrie en 2018 Nombre de lits d'hospitalisation complète pour 100 000 hab



Source : enquête SAE 2018, INSEE

- Globalement le manque de lits conduit les professionnels à faire sortir des patients qui ne sont pas stabilisés. Dans la plupart des cas, la prescription de médicaments apaisé la crise, cependant, la brièveté du séjour n'a pas permis de travailler l'alliance thérapeutique avant la sortie. En conséquence, une proportion importante de ces patients présente de forts risques de ré hospitalisation à moyen voire à court terme.
- De surcroît, les conditions de travail au niveau de l'unité d'hospitalisation sont particulièrement dures et anxiogènes selon les professionnels.
- La fréquence des hospitalisations nécessitant l'intervention des forces de l'ordre (avec les problèmes de coordination que cela pose), du SAMU, etc. pèse lourdement et tend à emboliser le système.

Les dispositifs extrahospitaliers sont peu diversifiés et insuffisamment dotés pour compenser un système où l'hospitalisation complète est de fait limitée.

- Le système de santé de Mayotte s'appuie sur des dispositifs et des pratiques étant de nature à consolider les bénéfices d'une hospitalisation intervenant suite à une crise clastique.
- L'équipe péri crise de Mayotte, dans ses missions, et en partie dans la réalité, réalise un suivi des patients en aval de la phase de crise. Ce suivi implique en partie l'entourage du patient, et peut également se dérouler à domicile. Cependant, l'équipe péri crise, qui en principe doit également être un interlocuteur ressource pour aider l'entourage, la communauté, les professionnels libéraux et sociaux, à prévenir la survenue d'une nouvelle crise, est de fait en très grande majorité mobilisée par la gestion des crises en lien avec le service des urgences du CHM. Au final, l'équipe péri crise, conçue selon le modèle des Yvelines (Equipe Rapide d'Intervention de Crise = ERIC<sup>14</sup>) mais n'a pas obtenu les ressources humaines (Psychiatre, IDE) permettant d'assumer ses missions et de devenir un interlocuteur 24/24.

<sup>14</sup> Dispositif ERIC : <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/temoignage/75.htm>

- Le service de psychiatrie continue à réaliser des visites à domicile. A titre d'illustration, sur le grand Mamoudzou (commune de Koungou et de Mamoudzou), il y a eu 46 VAD (visites à domicile) en 2018 et 56 de janvier à octobre 2019. Par ailleurs, le CHM organise des consultations au sein du CMP de Chirongui (enfant et adulte), et une, deux ou trois fois par semaine au niveau d'autres localités (Petite Terre, ...).
- Malgré ces efforts, la psychiatrie extrahospitalière est limitée à Mayotte.
- Il existe deux CMP actuellement (Mamoudzou et Chirongui), sachant que le CMP de Chirongui ne peut proposer une offre de consultation qu'avec des ressources humaines provenant de Mamoudzou (psychiatre, psychologue, IDE, traducteur). De plus, à Chirongui comme au sein des autres localités, il est d'ailleurs fréquent que l'offre de consultation affichée à Chirongui et dans les autres localités ne puisse être honorée en raison de contraintes impondérables (turnover, etc.) pesant sur le service de psychiatrie.

Cela se traduit par une inégalité d'accès aux soins pour les habitants de Mayotte situés dans des communes distantes de Mamoudzou.

Parmi les projets amenés à bénéficier d'un renfort de financement, le CHM a validé celui consistant à mettre en place un CMP et un CATTTP sur le territoire de Petite Terre. Ce dispositif serait à la fois à la disposition d'un public enfant et adulte avec un jour dédié aux enfants, dans le but d'éviter que les uns et les autres côtoient les mêmes lieux aux mêmes moments. Il mobiliserait notamment 0,8 ETP de Psychiatre, 0,2 ETP de Pédopsychiatre, 4 IDE.

- Il n'existe pas à Mayotte d'hôpitaux de jour. Le schéma cible du PRS l'indique clairement, tout comme elle indique que le développement de ces dispositifs est appelé des vœux par le planificateur sanitaire. En effet, cette carence rend compliquée le suivi régulier des patients chroniques ou un travail de soin avec des patients à la sortie de leur phase aigüe.

#### Adulte

	Implantations autorisées au 31/12/2017	OQOS Implantation cible 2023 (Mini)	OQOS Implantation cible 2023 (Maxi)
Structure d'hospitalisation complète	1	1	1
Hospitalisation de jour	0	0	1 (+1)
Hospitalisation de nuit	0	0	0
Placement familial thérapeutique	0	0	1(+1)
Appartements thérapeutiques	0	0	0

### Infanto-juvénile

	Implantations autorisées au 31/12/2017	OQOS Implantation cible 2023 (Mini)	OQOS Implantation cible 2023 (Maxi)
Structure d'hospitalisation complète	0	0	1 (+1)
Hospitalisation de jour	0	0	1 (+1)
Hospitalisation de nuit	0	0	0
Placement familial thérapeutique	0	0	1(+1)
Appartements thérapeutiques	0	0	0

Source : ARS, PRS

Les OQOS<sup>15</sup> ci-dessus révèlent au même titre l'absence de solutions thérapeutiques qui sur d'autres territoires accroissent les possibilités d'intervention des services de psychiatrie (placement familial thérapeutique, appartements thérapeutiques).

A titre d'illustration, les trois difficultés cumulées (instabilité de l'offre affichée, offre extrahospitalière mal répartie dans le territoire, et peu diversifiée) conduisent le service de psychiatrie à ne pas mettre en place de programmes de soin pour encadrer la sortie de patients SDRE<sup>16</sup> insuffisamment stabilisés.

Les dispositifs rentrant dans le champ sanitaire ne sont pas les seuls éléments permettant aux personnes atteintes de trouver un accompagnement et des ressources pour faciliter leur stabilisation.

La famille et la communauté articulée autour de croyances religieuses et traditionnelles sont des systèmes sociologiques qui remplissent d'ores et déjà un rôle essentiel vis-à-vis des personnes en souffrance. Ce rôle d'ailleurs complexe puisqu'il existe des phénomènes de stigmatisation et de mise à l'écart des sujets (enfermement) mais également des processus visant le soin et la guérison.

Il existe également d'autres dispositifs ayant une réalité juridique et dont la mission est d'accompagner des personnes souffrant de troubles psychiques. Ces dispositifs sont de plusieurs natures :

- Des associations de pairs. Depuis 2018, il existe à Mayotte un GEM destiné à ce public. Un second GEM, sur le papier orienté sur un public « autisme » est en train de voir le jour.
- Des acteurs (associations, PJJ) impliqués dans l'accompagnement social de personnes dont un grand nombre sont concernés par ce type de troubles
- Des dispositifs relevant du secteur médico-social, et dont la vocation est d'apporter des réponses à un public dont le handicap (y compris le handicap psychique) est reconnu.

<sup>15</sup> OQOS : objectifs quantifiés de l'offre de soins

<sup>16</sup> SDRE : soins sans consentement sur la décision d'un représentant de l'Etat

A Mayotte plusieurs difficultés ont à ce titre été mises en lumière :

- Dysfonctionnement dans le processus de reconnaissance du handicap au niveau de la MDPH
- Offre encore embryonnaire mais en fort développement, avec l'enjeu de la cohérence des nouveaux dispositifs avec les besoins de la population.

Le développement de l'hospitalisation complète n'est pas envisageable à moyen terme, au vu des projets de travaux de reconstruction / rénovation de l'hôpital). Le développement de l'extra hospitalier peut être une solution à court terme (renforcement de l'équipe péri crise).

Le système de prise en charge et d'accompagnement à Mayotte peut s'appuyer sur certains points forts. Pour autant, la capacité d'hospitalisation complète plus que limitée à Mayotte n'est pas compensée par une offre de soins extrahospitalière permettant de réaliser un suivi de proximité. Cette orientation permettrait de rompre le cycle vicieux crise / hospitalisation.

Pour ce qui est de l'infrastructure, le territoire bénéficie d'atouts que sont les systèmes sociologiques, un tissu associatif engagé, et de perspectives favorables en matière de développement de l'offre médico-sociale. La concrétisation de ce dernier atout implique une capacité des décideurs et des financeurs à fédérer les acteurs et à composer une offre inclusive répondant aux besoins de la population mahoraise.

### **3.4. Des parcours de santé et de vie manquant de lisibilité pour les professionnels et de fluidité pour les usagers**

Beaucoup d'éléments recueillis lors de la phase de diagnostic mettent en évidence le manque de lisibilité des parcours, avec pour conséquences des professionnels du champ social, médico-social et sanitaire qui maîtrisent mal l'environnement dans lequel ils évoluent.

Les travaux ont mis en exergue que cette difficulté était liée à plusieurs causes.

La première cause est l'instabilité de l'environnement. Contrairement à la majorité des territoires, il existe à Mayotte une instabilité liée au développement rapide de tous ces dispositifs. En 2019, plusieurs autorisations médico-sociales ont été accordées avec des extensions de places, des créations d'établissements, l'arrivée de nouveaux opérateurs.

Les projets figurant ci-dessous ont été identifiés comme étant à forte probabilité de réalisation à court terme dans la mesure où ils étaient validés et qu'un engagement sur les moyens financiers correspondant avaient été a priori pris.

Soin	Accompagnement	Prévention / promotion
<b>Projet « santé communautaire » (CHM)</b>		
Accueil spécifique des adolescents (CHM)	Création de Lits Halte Soins Santé (LHSS)	Semaine information santé mentale
Création CMP/CATTP Petite Terre (CHM)	GEM Ouvoimoja	Ateliers culturels transversaux sur la parentalité (Apajh, Adapei, Autisme Mayotte)
Création d'une ELSA (CHM)		
Création d'un CSAPA (AAP)		

Par ailleurs, dans le cadre de la programmation des créations de dispositifs relevant du médico-social, il est attendu la mise en œuvre d'appels à projets concernant des SAMSAH, de CAMSP, de SESSAD, de MAS, etc.

Année	Compétence conjointe	Compétence ARS	Compétence CD
2020	SAMSAH (40 places)		
2020	CAMSP (60 places)		
2020	PRAP (80 places)		
2020			SAVS (35 places)
2020			Structure occupationnelle (100 places)
		DIAT (20 places)	
		EEAP (35 places)	
		SSAD (10 places)	
		IME	
		SESSAD	
		MAS (15 places)	

De son côté, le conseil départemental a commencé à structurer le fonctionnement des familles d'accueil au travers de la mise en place d'agrèments.

Ces changements permanents, bien que positifs dans le sens où ils permettent d'augmenter les réponses possibles vis-à-vis des situations, est en tant que tel un facteur de perturbation.

Ça l'est d'autant plus que dans les phases de conception de ces projets ou de ces appels à projet, la réflexion sur la répartition territoriale, sur les missions des dispositifs et leurs articulations avec les dispositifs existants semble insuffisante.

Ensuite, une fois l'attribution d'une autorisation ou d'un financement la communication, la coordination, et l'accompagnement à l'implantation de nouveaux opérateurs ne paraissent pas suffisants aux yeux des partenaires.

La seconde cause du manque de lisibilité du système est le très fort turnover du personnel. La difficulté à recruter des personnes dotées de compétences spécialisées et à les fidéliser est un vécu partagé par l'ensemble des dispositifs impliqués dans le parcours de vie des personnes souffrant de troubles psychiques à Mayotte.

A titre d'exemple, un chiffre non vérifié, évoque l'établissement annuel par le CHM de près de 400 contrats courts avec des médecins.

Ce turnover est d'ailleurs en partie accéléré par la création régulière des nouveaux services, déjà évoqué.

Cette instabilité conduit les professionnels à passer un temps important à constituer puis à renouveler des contacts, afin de définir des modalités interpersonnelles de fonctionnement leur permettant de faire face à la plupart des situations.

Evidemment ces articulations sont remises en cause à chaque départ.

De plus, les professionnels en place ayant parfaitement conscience de la fragilité des organisations, la communication vis-à-vis des partenaires tend à ne pas engager son institution sur une offre qui au final ne sera pas au rendez-vous.

A contresens de ces premiers éléments, l'existence des groupes d'analyse des situations (GAS) est un atout sur lequel le territoire doit s'appuyer. Ces groupes réunissent des acteurs intervenant dans le parcours des jeunes : CMPEA, les UTAS (unités territoriales de l'aide sociale), l'éducation nationale (psychologue, IEN), des associations culturelles, des représentants des CLSPD, CEMEA, Mlezi Maoré... Les participants signent une charte de confidentialité pour que les informations sur personnes ne puissent être utilisées en dehors de ce dernier.

La situation est présentée par la structure qui accompagne le jeune. Les autres participants apportent leur point de vue sur cette situation.

A priori, ce travail de mise en commun ne débouche pas sur un parcours de prise en charge formalisé, ou sur une stratégie d'adressage. On reste donc au stade des relations entre professionnels et pas entre institutions.

La troisième cause à ce manque de lisibilité du parcours est lié au fonctionnement cloisonné de chaque service, dispositif, établissement.

Les liens institutionnels (convention, rencontres régulières) qui permettraient de décrire les articulations, les coopérations sont ténues, notamment entre le Centre Hospitalier de Mayotte et les dispositifs en situation de contribuer à l'accompagnement des personnes (Secteur médico-sociale, collectivité, GEM) sont peu développés et ne permettent pas un fonctionnement avec des passages de relais fluides.

Par ailleurs, la coordination entre les institutions est souvent freinée par des modes de communications internes qui ne permettent pas de partager l'information avec les personnes concernées.

Ces éléments constituent des obstacles à la mise en place de partenariats, notamment avec les communes et les associations communautaires, qui sont pourtant inhérent à la volonté de développer à Mayotte une approche communautaire de la santé mentale.

### 3.5. Interactions système de santé et d'accompagnement et approche communautaire, traditionnelle et religieuse : des opportunités encore non exploitées

A Mayotte, ce qui caractérise la prise en charge est le fait que le soigné et la majorité des soignants et professionnels sociaux ou médico-sociaux ne parlent pas la même langue.

Chaque institution, à son niveau, tente de sensibiliser les nouveaux arrivants à la culture mahoraise. Cependant, il s'agit de formations optionnelles et le niveau d'investissement est quelque peu limité par un autre facteur développé ci-dessus : le très fort turnover du personnel.

Exemple d'action<sup>17</sup> conduite par les services de l'Etat :

#### *Journée d'accueil interministériel des nouveaux arrivants à Mayotte*

*En 2018, la PFRH Océan indien a organisé une journée d'accueil interministériel des nouveaux arrivants à Mayotte, avec l'appui du Fonds d'innovation en ressources humaines.*

*Il s'agissait de proposer aux agents, dans un cadre interministériel, une présentation de Mayotte, de ses spécificités institutionnelles, de son contexte social et économique, de quelques politiques publiques d'importance pour le territoire et sa population, afin qu'ils disposent de connaissances du contexte mahorais. Sont intervenues des institutions telles que l'ARS, l'INSEE, la DJSCS, etc.*

*Par cette action, il était également envisagé de créer des rencontres entre acteurs amenés à œuvrer ensemble sur certains dossiers et, à terme, à mettre en place des réseaux de pairs, notamment pour les fonctions support. Des stands ont également été organisés l'après-midi accueillant divers acteurs et partenaires afin de donner accès aux agents à diverses informations d'ordre pratique (MGEN, associations, etc.).*

*Cette journée, ouverte par le préfet Dominique Sorain, a accueilli 97 nouveaux arrivants et plus de 20 accompagnateurs. Elle a été très appréciée par les différents acteurs (nouveaux arrivants, intervenants), en raison notamment de la qualité des interventions, des possibilités d'échanges entre agents et de l'accès aux partenaires. Ainsi, tous les services ont sollicité sa reconduction. Elle fera l'objet d'une nouvelle concertation afin de répondre au mieux aux attentes de tous.*

<sup>17</sup> Ministère de l'Action et des Comptes Publics, Bilan d'activité 2018 des plates-formes régionales d'appui interministériel à la gestion des ressources humaines (PFRH), 2019

Chaque institution (CHM, PJJ, Mlezi Maore, etc.) a dans ce contexte comme enjeu stratégique la fonction de traducteur. Cependant les organisations varient (au CHM, ce sont des ASH non dédiés aux tâches de traduction qui viennent en appui aux soignants, la PJJ a mise en place un service transversal qui peut être mobilisé par les différentes institutions, Mlezi Maore s'est orienté vers la constitution de binôme de personnel mahorais et non mahorais). Toujours au CHM, un aumonier est présent, mais sa mission n'est pas orientée vers la médiation et l'appui à la compréhension des situations d'interculturalité. Un aumonier pourrait apporter des appuis en ce sens.

A propos du CHM, la fonction stratégique de traduction est peu reconnue et conceptualisée. Pourtant la psychiatrie est véritablement une spécialité de la médecine pour laquelle il est important de comprendre, au-delà des mots, le sens des propos dans un système de croyance et de valeur.

Ces écarts culturels sont régulièrement à l'origine d'incompréhensions réciproques :

- A quoi correspond la réponse psychiatrique face à la représentation de la folie et de la maladie mentale ? (les troubles ne sont pas toujours perçus comme chroniques ce qui parfois complique l'observance de la prise en charge sur la durée).
- Comment faire co-exister l'approche culturelle et traditionnelle avec la médecine occidentale ?
- Compréhension de la nature d'une crise en présence (exemple crise de Djinn)

A contresens de cela, il peut également y avoir une surinterprétation ou mise en avant de l'écart culturel pour justifier du non recours aux soins ;

- Une partie de la population mahoraise active et avec un pouvoir d'achat, peut, comme le montre l'étude Santé mentale en population générale ressentir des troubles dépressifs... aujourd'hui, aucune offre de soin n'est adaptée à eux.
- L'expérience démontre que lorsqu'un dispositif se crée mettant au service de la population une prise en charge ou un accompagnement de qualité, il est très vite saturé.

Enfin, les écarts culturels rendent peu non pertinent l'utilisation d'outils et de méthodes nationaux . C'est par exemple le cas des tests utilisés pour réaliser le diagnostic autisme. Dans ce domaine comme dans de nombreux autres, il serait pertinent de les adapter aux références culturelles des populations de Mayotte.

### **3.6. Une complexité des parcours accrue en raison de la précarité et de l'insécurité administrative caractérisant la population mahoraise**

Une importante partie de la population de Mayotte vit en dessous du seuil de pauvreté. De plus, la présence massive sur le territoire de personnes en situation irrégulière n'est pas neutre dans le processus de soin et d'accompagnement de personnes souffrant de troubles psychiques.

Par ailleurs, la situation particulière des demandeurs, provenant pour la plupart de la région des Grands Lacs

#### **Ces éléments de vulnérabilité rendent complexe la réalisation des soins :**

- Le coût des transports est parfois inaccessible
- L'organisation de contrôle administratif à proximité des lieux de soin et la crainte de ces derniers par la population conduisent au renoncement aux soins
- L'observance des traitements médicamenteux peut être contrariée par des patients qui n'ont pas toujours les ressources financières leur permettant de se nourrir régulièrement.
- Enfin, dans le contexte connu d'une convergence progressive de Mayotte vers les droits nationaux, la lisibilité du parcours administratif au sein du CHM ne paraît pas évident pour tout le monde. Au final, certaines personnes, mais pas toutes, semblent soumises à un reste à charge pour accéder aux consultations du CHM ou pour accéder aux traitements médicamenteux.

Ces questions méritent d'être considérées avec attention dans la mesure où les éléments épidémiologiques montrent que la fréquence des troubles psychiques est corrélée avec le niveau de revenu et ainsi à la précarité.

## 4. LES PISTES

En regard avec les constats émergents lors de la phase de diagnostic, un certain nombre de propositions d'amélioration ont été prises en compte dans notre démarche.

La dernière partie du chantier (de février à avril) visera précisément à transformer ces pistes en projet territorial prêt à être mis en œuvre.

A ce stade, nous nous limitons donc à présenter et répartir ces pistes proposées au sein de quatre grands axes :

<b>Axe 1</b>	<b>Structurer et développer l'offre de soin et d'accompagnement</b>
<b>Axe 2</b>	<b>Favoriser le développement des compétences spécifiques et fidéliser les professionnels</b>
<b>Axe 3</b>	<b>Fluidifier les parcours de santé et de vie en impliquant les communes, les familles et en décloisonnant le fonctionnement des acteurs</b>
<b>Axe 4</b>	<b>Adapter le système de santé et d'accompagnement à la culture mahoraise</b>

### 4.1. Les offres actuelles à renforcer

Pour briser le cercle vicieux hospitalisation – crise – ré-hospitalisation, il y a deux orientations stratégiques :

- Soit renforcer très significativement le nombre de lits
- Soit s'appuyer sur un secteur extrahospitalier permettant une réelle présence auprès des patients, des familles, des communautés.

La plupart des psychiatres interrogés sur ce point n'envisagent pas de disposer à termes d'unité d'hospitalisation quantitativement comparable à la métropole. Par ailleurs, de façon pragmatique, l'extension des unités d'hospitalisation n'est envisageable qu'à moyen terme, dans la mesure où elle est conditionnée à la réflexion sur l'implantation du CHM et à la reconstruction de ce dernier.

Dans cette attente, une orientation consisterait à renforcer significativement les dispositifs extrahospitaliers (Hôpital de jour, Equipe péri-crise, CMP, etc.) afin de mesurer l'effet, notamment sur les ré-hospitalisations, et en fonction des résultats, contribuer au calibrage du nombre de lits nécessaires.

Toujours à ce chapitre, il est suggéré que les autorités (ARS, Conseil Départemental, etc.) associe les professionnels de terrain au moment de la conception des cahiers des charges des futurs AAP.

Ce serait en effet un moyen de travailler sur l'articulation avec les autres dispositifs et sur la manière de permettre l'intégration, par la coopération, de ce dispositif.

Voir ci-dessous la liste des pistes exprimés concourant au premier axe du plan d'action.

- Cahiers des charges des AAP réalisés après consultations des opérateurs en amont
- Construire une offre diversifiée permettant notamment de mettre en œuvre le principe « un logement d'abord »
- Démultiplier les CMP car ce sont aussi un moyen de travailler des collaborations avec le tissu des acteurs locaux (approche communautaire).
- Co-responsabilisation des acteurs dans la collecte des données
- Mise en place d'hôpitaux de jour (enfants et adulte)
- Déploiement de l'équipe péri crise sur la totalité des missions envisagées

#### **4.2. Favoriser le développement des compétences spécifiques et fidéliser les professionnels**

Le développement des nouveaux dispositifs conjugué à la nécessité de permettre aux dispositifs existants de faire face au turnover sont en butée avec la rareté des personnes disposant de qualifications spécialisées, l'idéal étant que ces personnes soient de plus en plus en situation de maîtriser le shimaoré, au vu des problématiques de traduction et d'interprétariat déjà évoquées.

Concernant la démographie médicale, la perspective d'une préformation aux métiers de la santé à Mayotte est positive, mais ne donnera des effets qu'à moyen terme. Les solutions pour améliorer l'attractivité, déjà mises en réflexion par les acteurs du territoire, restent donc d'actualité.

Plusieurs leviers sont proposés par le groupe de travail sur les autres qualifications (infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, ...):

- L'encouragement de ces professionnels à s'engager dans un processus de validation des acquis de l'expérience en fait partie. Pour cela, il serait nécessaire d'estomper l'effet de freins identifiés : en effet, les professionnels qui atteignent l'étape du jury final, sont obligés de financer le déplacement (Mayotte – Réunion) et de prendre des jours de congé. En cas d'échec à l'oral, il faut renouveler l'investissement en temps et en argent. La solution consiste à permettre à ces professionnels de présenter leurs dossiers en visioconférence, leur permettant d'économiser un déplacement à La Réunion.
- Le développement des formations par alternance dans le secteur de la santé et de l'accompagnement social serait avantageux, tant pour les professionnels (prise en charge de la formation), que pour les employeurs (fidélisation, etc.).
- L'effort de formation déployé sur le territoire depuis quelques années dans le secteur de la santé et du social, ne parvient pas à répondre aux besoins des employeurs privés et publics dans la période actuelle de grand développement. Tout renforcement des effectifs est positif. Des liens établis avec des centres de formation nationaux (stages à Mayotte, présentation des opportunités d'emploi sur le territoire) peuvent également contribuer à un effet positif.

La stratégie de retour à Mayotte de professionnels exerçant en métropole après des études effectuées également en métropole est un complément. L'action initiée par le Conseil Départemental dans ce sens serait à poursuivre , voire à renforcer.

#### **4.3. Fluidifier les parcours de santé et de vie en impliquant les communes, les familles et en décloisonnant le fonctionnement des acteurs**

Les propositions de ce troisième axe peuvent à leur tour être synthétisées en trois catégories.

Dans un premier temps les professionnels ressentent le besoin de créer des outils leur permettant de se repérer dans le parcours. A ce stade plusieurs outils ont été évoqués : cartographie, annuaire partagé, fiches de liaison, procédures formalisées, descriptions des missions de chaque acteur.

La seconde catégorie consiste à formaliser des interactions de plusieurs types, et par conséquent de se mettre d'accord sur des séquences des parcours

- Entre le service psychiatrique et le service addictologie du CHM.
- Entre les acteurs impliqués dans la mise en place des procédures administratives.
- Mise en place de protocole visant la réactivité entre la psychiatrie et les libéraux.
- Adaptation du système au personnes les plus précaires, par exemple des bons alimentaires pour personnes malades.

Une troisième catégorie concerne également l'adaptation du système à la vie locale. Il s'agit de parvenir de s'orienter véritablement vers une approche communautaire. Cela pourrait notamment prendre la forme une expérimentation d'un CLSM avec au moins une commune intéressée.

La dernière catégorie concerne l'affermissement des liens institutionnels entre les acteurs (convention, suivi des conventions, fiches de liaison) et la garantie du lien entre les professionnels (Newsletter).

Voir ci-dessous la liste des propositions correspondant :

- <b>Renforcer les actions de sensibilisation en s'appuyant sur les communautés</b>
- <b>Mettre en place un réseau Sud santé mentale</b>
- <b>Expérimenter un CLSM avec une commune intéressée (ex. Chirongui)</b>
- <b>Prévention : Former les professionnels et la population au repérage de la crise et aux approches préventives</b>
- <b>Réalisation d'une cartographie de l'offre</b>
- <b>Réalisation d'un annuaire</b>
- <b>Production et communication de procédures de prise en charge</b>
- <b>Formaliser un logigramme des parcours administratifs</b>
- <b>Mise place d'une initiative inter-acteurs visant à "aller-vers" la population</b>
- <b>Créer les conditions d'une coopération entre les acteurs</b>
- <b>Mettre en place des bons alimentaires spécifiques aux soins</b>
- <b>Réaliser une documentation sur les missions des partenaires</b>
- <b>Mettre en place des conventions de partenariats formalisés</b>
- <b>Systématiser les fiches de liaisons</b>
- <b>Mettre en place des dispositifs d'analyse des situations complexe</b>
- <b>Mettre en place d'une newsletter maintenant une communauté de professionnels, d'institutions, de citoyens informés</b>
- <b>Mise en place d'un agenda partagé et le mettre à jour au gré des arrivées et des départs</b>
- <b>Améliorer les interactions entre les services de psychiatrie et d'addictologie du CHM</b>
- <b>Prévention : Travailler avec les médecins libéraux pour obtenir le renouvellement d'ordonnance en proximité.</b>
- <b>SDRE : mise en place d'une régulation régulière sur les procédures entre acteurs concernés (autour des cas problématiques)</b>
- <b>SDRE : négocier avec la gendarmerie la possibilité de ne pas avoir à mettre l'équipe des dispensaires en difficulté (transfert jusqu'à Mamoudzou).</b>

#### **4.4. Adapter le système de santé et d'accompagnement à la culture mahoraise**

Les propositions mettent en avant l'idée de traduire de la documentation dans les langues locales, ou d'adapter des outils au contexte culturel.

Il s'agit également de renforcer les formations interculturelles des professionnels découvrant Mayotte. Si ces formations se mettaient en place dans un cadre multi-acteurs, ce serait par la même un moyen de contribuer à l'axe 3.

L'idée de travailler à la formation, la reconnaissance, et à la structuration des fonctions de traducteurs / interprètes a été exprimée à plusieurs reprises tout en apparaissant consensuelle (voir ci-dessous).

Enfin, le recours aux fundis constituant un recours très fréquent dans la population, l'interconnaissance et l'articulation entre médecine occidentale, apports des pratiques religieuses et traditionnelles est à développer. Elles permettraient en outre la vigilance par rapport aux pratiques de « malfaiteurs ».

- <b>Renforcer les actions de sensibilisation en s'appuyant sur les communautés</b>
- <b>Mettre en place un réseau Sud santé mentale</b>
- <b>Expérimenter un CLSM avec une commune intéressée (ex. Chirongui)</b>
- <b>Prévention : Former les professionnels et la population au repérage de la crise et aux approches préventives</b>
- <b>Adapter les outils diagnostics et les outils thérapeutiques aux références culturelles de Mayotte</b>
- <b>Réaliser des supports de communication en langue locale</b>
- <b>Organisation de stages multi-acteurs des nouveaux arrivants</b>
- <b>Encourager des initiatives renforçant la parole des usagers et des aidants</b>
- <b>Renforcer et structurer la fonction de traducteur / interprète</b>
- <b>Mettre en place des protocoles avec les libéraux pour obtenir davantage de réactivité</b>
- <b>Favoriser l'interconnaissance et l'articulation entre les différentes pratiques de soins existantes à Mayotte.</b>

## GLOSSAIRE

ARS	<b>Agence Régionale de Santé</b>
CAMSP	Centre d'Action Médico-sociale précoce
CCAS	Centre communal d'action sociale
CHM	Centre hospitalier de Mayotte
CMP	Centre médico-psychologique : dispositif de diagnostic et de soins ambulatoire de proximité relevant du champ sanitaire
CMPEA	Centre médico-psychologique pour enfants et adolescents
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CREAI	Centre Régional d'Etudes, d'Actions, d'Informations
DIAT	Dispositif Innovant d'Accueil Temporaire
DIECCTE	Direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
EEAP	Etablissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
GEM	Groupe d'entraide mutuelle des personnes souffrant de troubles psychiques ; certains GEM peuvent regrouper des personnes souffrant de troubles du spectre autistique.
IME	Institut médicoéducatif
IRTS	Institut Régional du Travail Social
ITEP	Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
JLD	Juge des Libertés et de la Détention
LHSS	Lits halte-soins santé
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée (Mas) ; elle propose un hébergement permanent à tout adulte handicapé gravement dépendant dont les capacités à réaliser les actes de la vie courante (se nourrir, s'habiller...) sont altérées
MDA	Maison des adolescents
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées

PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PRAP	Parcours Renforcé Accès à la Professionnalisation
PTSM	Projet territorial de santé mentale
SAAAIS	Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire : il suit les enfants de plus de 3 ans atteints de déficience visuelle grave.
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés
SASAIS	Service d'Aide et de soutien à l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire accompagne et soutient sur le lieu de scolarisation, des jeunes de 6 à 20 ans présentant une déficience auditive ou visuelle
SDDE	soins sur décision du directeur d'établissement de santé
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SDRE	Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile ; il accompagne les jeunes de 0 à 20 ans atteints de déficiences intellectuelles ou motrices et de troubles du caractère et du comportement.
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SSAD	Service de Soins et d'Aide à Domicile ; il suit les enfants polyhandicapés (déficience motrice et déficience mentale) âgés de 0 à 20 ans.
SSIAD	service de soins infirmiers à domicile ; il intervient à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Il contribue au maintien des personnes à leur domicile
URPS	Union Régionale des Praticiens de Santé ; il existe une URPS par catégorie de professionnels (médecins libéraux, infirmiers, pharmaciens, ...)
VAD	Visite à domicile