

PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE DE MARTINIQUE

DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE



JANVIER 2020

SOMMAIRE

Le contexte législatif, national et régional des PTSM	5
Réorganisation de la santé mentale sur les territoires	5
Mise en place des PTSM	6
La feuille de route santé mentale et psychiatrie	8
La Feuille de route régionale de Santé Mentale de Martinique	9
Les priorités opérationnelles en matière de santé mentale du Projet Régional de Santé 2 de Martinique	9
Parcours Santé mentale	9
Parcours Addictions	10
La démarche d'élaboration du PTSM Martinique	10
Groupes de travail	11
Calendrier du PTSM	12
Composition des groupes de travail du PTSM de Martinique	13
Carte d'identité du territoire	17
Le contexte territorial	17
Géographie	17
Caractéristiques socio-démographiques de la population	18
Indicateurs de santé de la population	36
Prévention et Promotion de la santé mentale	39
Programmes d'éducation thérapeutique à destination des aidants (ETP)	39
Semaines d'information en santé mentale (SISM)	39
Programmes de développement des compétences psychosociales	39
Programmes de Mindfulness (pleine conscience)	40
Acteurs de prévention présents	40
Recours et prise en charge	40
Le recours aux soins	40
La prise en charge en établissement de santé	43
L'articulation ville-hôpital - troubles mentaux fréquents	45
L'articulation ville-hôpital - troubles mentaux sévères	45
L'accès à la prévention et aux soins somatiques - troubles mentaux fréquents	46
L'accès à la prévention et aux soins somatiques - troubles mentaux sévères	47
Les soins sans consentement	47
Lieux et dispositifs de coordination des parcours (généralistes ou spécialisés)	48
Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)	48
Plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours complexes (PTA)	48
Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO)	48
Conseil local de santé mentale- CLSM	49
Contrats locaux de santé - CLS	49
CRÉHPsy et autres dispositifs ayant une fonction d'appui aux acteurs du parcours de santé des personnes atteintes de troubles psychiques	50

L'offre sanitaire	50
L'organisation de la prise en charge en santé mentale	51
Les établissements de santé	51
La filière sanitaire	54
La prise en charge ambulatoire	54
Prise en charge à temps partiel	55
Prise en charge à temps complet	56
La prise en charge des personnes en détention et des personnes en liberté sous-main de justice	57
Le personnel des établissements	57
L'offre de ville	58
Télémédecine	60
Consultations dédiées pour les personnes en situation de handicap	61
Autres structures ou dispositifs locaux d'intervention précoce en santé mentale	61
La permanence des soins ambulatoires (PDSA)	61
L'offre communautaire	61
Groupes d'entraide mutuelle (GEM)	61
L'offre médico-sociale	62
La filière médicosociale	62
Les dispositifs	64
L'addictologie	64
Délai moyen de traitement d'un dossier MDPH	65
Populations spécifiques	65
Enfants et adolescents	65
Personnes âgées	71
Dispositifs autres que médicosociaux visant l'inclusion	74
Dispositifs, autres que médico-sociaux, de soutien à la scolarité, à l'inclusion scolaire	74
Dispositifs d'emploi accompagné	74
Offre en milieu protégé	74
Lutte contre la précarité et l'exclusion	74
Le diagnostic des acteurs	78
Promouvoir le bien être mental, Prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide	79
Actions intervenant sur les déterminants sociaux de la santé mentale	79
Actions intervenant sur les déterminants environnementaux de la santé mentale	81
Actions de renforcement des compétences psychosociales	82
Actions de prévention de la souffrance psychique au travail	82
Formation des étudiants aux premiers secours en santé mentale	82
Actions intégrées de prévention du suicide	83
Promotion de la santé 3.0	83
Forces, Faiblesses, Propositions d'actions	84
Enjeux identifiés par le groupe Promouvoir le bien être mental, Prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide	92

Garantir des parcours de soins coordonnés	93
Parcours en santé mentale et articulation territoriale	93
Prise en charge ambulatoire	94
Prise en charge de la santé somatique	95
Parcours de soins coordonnés pour les personnes souffrant d'une pathologie grave	95
Développement de l'interconnaissance mutuelle, des connaissances, et des compétences, des professionnels	96
Formation professionnelle	97
Formation de pairs	98
Evolution du nombre de professionnels formés	98
Prévention, repérage, diagnostic	98
Forces, Faiblesses, Propositions d'actions	100
Enjeux identifiés par le groupe Garantir des parcours de soins coordonnés	103
Garantir une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité	104
Les besoins non couverts	104
La télémédecine	106
La pédopsychiatrie en ville	107
Forces, Faiblesses, propositions d'actions	108
Enjeux identifiés par le groupe Garantir une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité	116
Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique	117
Accompagnement médico-social des personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants, en situation de ruptures de parcours ou de non-recours	117
Droits des personnes	118
Forces, Faiblesses, propositions d'actions	120
Enjeux identifiés par le groupe Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique	126
Synthèse des enjeux identifiés par les acteurs du PTSM	127
Glossaire	128
Sources	134

REORGANISATION DE LA SANTE MENTALE SUR LES TERRITOIRES

L'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 propose deux niveaux de pilotage nécessaires pour la gouvernance du Plan : un pilotage national fort et un pilotage territorial des ARS opérationnel qui rend lisible la politique que l'Agence veut mener, en fonction des orientations nationales et des besoins régionaux.

À l'échelle régionale, opérationnalisation de la politique définie par l'ARS.

- Au sein de chaque ARS, prévoir la fonction d'un référent santé mentale formé à ce champ, avec une fonctionnalité transversale d'animation de la politique régionale de santé mentale et de psychiatrie.
- Quelle qu'en soit la forme (conférence régionale de santé mentale, groupe de travail spécifique au sein de la CRSA...), mettre en place une instance régionale de concertation en santé mentale.
- Définir une feuille de route en fonction du diagnostic territorial partagé, et animer sa mise en œuvre et son suivi.
- Inscrire la santé mentale à l'agenda des Commissions de coordination des politiques publiques de santé (CCPP).
- Soutenir le développement des CLSM, en les positionnant comme un outil de gouvernance partagé et démocratique des politiques locales de santé mentale.

À l'image de la différenciation faite dans le rapport Laforcade : « la santé mentale n'est pas de la responsabilité exclusive de la psychiatrie, mais la psychiatrie doit impérativement s'intégrer dans la politique de santé mentale », l'article 69 de la loi LMSS fait une distinction claire entre la politique de santé mentale, branche de la santé publique, et l'organisation de la psychiatrie.

La politique de santé mentale s'inscrit donc nécessairement dans un cadre coopératif large, incarné par un projet territorial de santé mentale qui facilitera le parcours de « l'utilisateur », en mettant en relation tous les acteurs susceptibles d'intervenir à un moment ou un autre dans ce parcours : « la coordination socio-sanitaire est indispensable ».

De plus, la loi LMSS est venue définir (ou redéfinir) huit instruments de planification nécessaires à l'édification des parcours en santé mentale dans les Projets régionaux de santé (PRS) :

- La politique de santé mentale ;
- Le projet territorial de santé mentale ;
- Les parcours de soins et de vie ;
- Le diagnostic territorial partagé en santé mentale ;
- Les contrats territoriaux en santé mentale ;
- Les conseils locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale ;
- L'activité de psychiatrie ;
- La mission de psychiatrie de secteur.

À ces 8 instruments, nous pouvons ajouter les volets santé mentale des GHT qui doivent s'articuler avec les PTSM.

MISE EN PLACE DES PTSM

Cette réorganisation suppose que soit mise en œuvre sur chaque territoire une organisation graduée globale répondant à l'ensemble des besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques tout au long de leur parcours de vie : de la prévention jusqu'aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale, en passant par le soin.

Cette organisation est décrite et mise en œuvre dans le projet territorial de santé mentale qui s'appuie sur un diagnostic territorial partagé par l'ensemble des intervenants, institutionnels, professionnels, et les usagers et leurs aidants.

L'élaboration du diagnostic territorial partagé s'inscrit dans la mise en œuvre de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, qui engage des réformes d'ampleur en matière de territorialisation de l'offre de soins. Dans la continuité de réformes antérieures, le législateur affirme la volonté d'intégrer la psychiatrie à la planification générale des soins et à la politique générale de santé. D'une manière générale, les articles 69 à 73 réaffirment la place et l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale au sein de notre système de santé.

Dans l'article L.3221-1, la loi précise le contour de la politique de santé mentale, qui couvre un périmètre large : « actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale ». Elle acte qu'elle est certes l'affaire du sanitaire, mais pas uniquement puisqu' : « elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion ». Une distinction est donc opérée entre la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie, la santé mentale n'étant pas de la responsabilité exclusive de la psychiatrie, mais la psychiatrie devant s'intégrer dans une politique de santé mentale. Ceci permet une clarification des responsabilités des différents acteurs qui interviennent dans le champ de la santé mentale, et inscrit la santé mentale dans un cadre coopératif large incarné par le projet territorial de santé mentale.

L'article L.3221-2 définit le projet territorial de santé mentale (PTSM) et un décret paru le 27 juillet 2017 en fixe 6 priorités :

- Mettre en place un repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic et l'accès aux soins et aux accompagnements nécessaires ;
- Organiser le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture (troubles psychiques graves, en situation ou à risque de handicap psychique), en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ;
- Permettre l'accès à des soins somatiques ;
- Prévenir et prendre en charge les situations de crise et d'urgence ;
- Promouvoir les droits, renforcer le pouvoir de décision et d'action des personnes souffrant de troubles psychiques et lutter contre la stigmatisation ;
- Agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale.

Les actions tendant à mettre en œuvre ce projet territorial de santé mentale doivent faire l'objet d'un contrat territorial de santé mentale conclu entre l'ARS et les acteurs participant à la mise en œuvre de ces actions.

Dans ce contexte, l'objectif des parcours en psychiatrie et santé mentale consiste à prendre en compte les besoins de la personne dans toutes ses dimensions :

- La prévention et la promotion de la santé ;
- Le soin tant psychiatrique que somatique, avec l'organisation de parcours gradués sur les territoires ;
- L'inclusion sociale ;

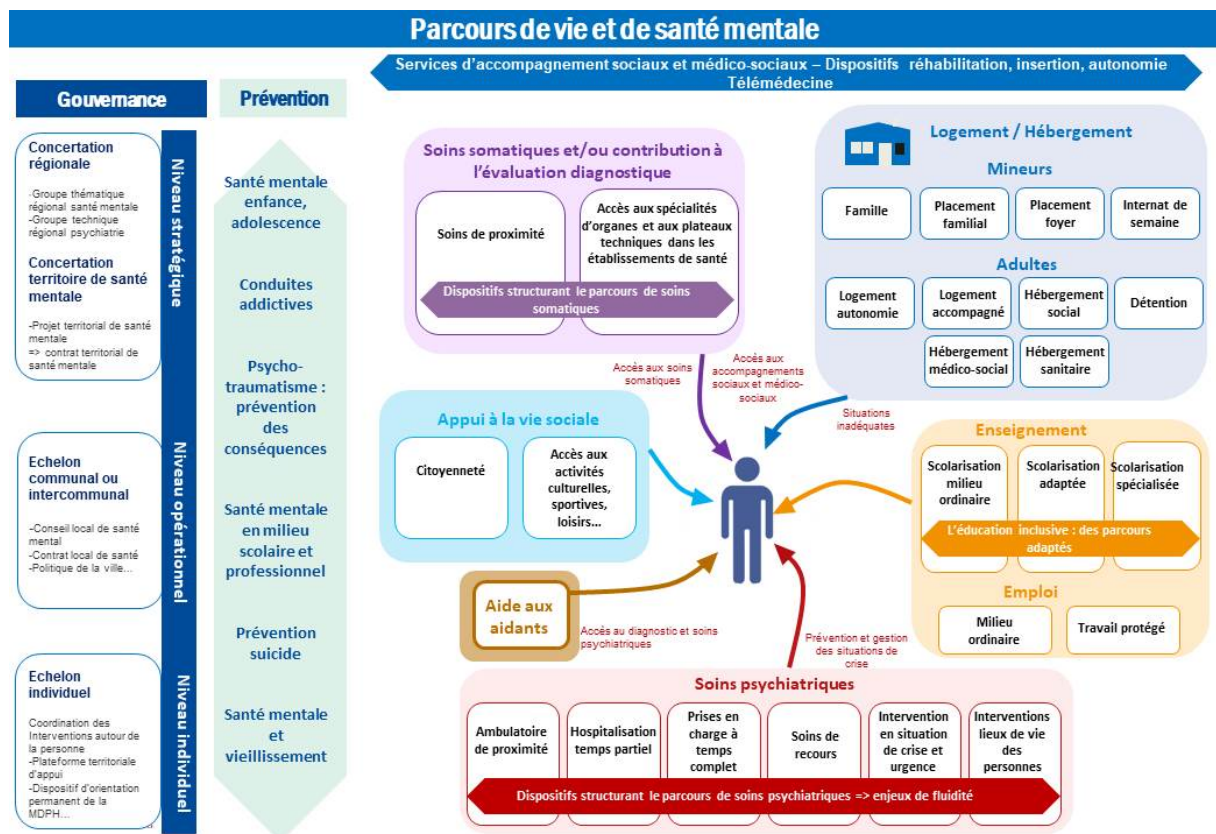
- La réinsertion ;
- Et l'accès au droit commun ;

En positionnant la personne comme actrice de son projet de vie.

Ces parcours doivent pouvoir se réaliser dans une société qui œuvre à la déstigmatisation de la maladie mentale, notamment en luttant contre la discrimination qu'elle suscite.

En ce sens, la réussite de la mise en œuvre des parcours est l'affaire de tous et questionne l'ensemble des politiques publiques et leurs articulations.

Modélisation du parcours de vie et de santé mentale



Source : PTSM de Normandie

Un PTSM à construire en cohérence avec les nouvelles dispositions en SM des territoires :

- Participation des communautés psychiatriques de territoire (si constituées)
- Cohérence entre le projet médical partagé du ou des groupements hospitaliers de territoire présents sur le territoire de santé mentale et le projet territorial de santé mentale
- Prise compte des projets des équipes de soins primaires (ESP), des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des plates-formes territoriales d'appui (PTA)

Les principales parties prenantes qu'il semble utile d'associer sont :

- › L'ARS
- › Les acteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux du territoire, concernés par la santé mentale Les usagers, les familles et leurs représentants
- › Les élus
- › Le Groupement Hospitalier de Territoire au titre du projet médical partagé de la filière psychiatrie
- › Les Conseils locaux de santé mentale
- › Le Conseil Territorial de santé et sa Commission spécialisée en santé mentale
- › Les conseils départementaux
- › L'Education Nationale
- › Les DRDJSCS
- › La DIRRECTE....

LA FEUILLE DE ROUTE SANTE MENTALE ET PSYCHIATRIE

La stratégie nationale de santé constitue le cadre de la politique de santé en France. Elle est définie par le Gouvernement et se fonde sur l'analyse dressée par le Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables.

La feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie s'inscrit en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé, en particulier avec ses axes majeurs d'action que sont le repérage et la prise en charge précoces des troubles psychiques et la prévention du suicide.

Elle a comme objectifs l'amélioration des conditions de vie, de l'inclusion sociale et de la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique, l'amélioration de l'accès aux soins et aux accompagnements.

Cela ne sera possible que dans une approche transversale de la politique de santé mentale, territorialisée dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale, dans une dynamique d'« aller-vers » et d'empowerment.

Cette feuille de route répond à ces enjeux par la présentation d'un plan global déclinant 37 actions selon trois axes :

- **Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide ;**
- **Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;**
- **Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.**

LA FEUILLE DE ROUTE REGIONALE DE SANTE MENTALE DE MARTINIQUE

La construction de feuille de route régionale de Santé Mentale s'est appuyée sur plusieurs éléments de cadre nationaux et régionaux :

- ▶ La loi de modernisation du système de santé du 29/01/2016 qui instaure les Projets Territoriaux de Santé Mentale « dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture »
- ▶ La Stratégie de Santé pour les Outre-Mer et la feuille de route régionale Martinique de mai 2016
- ▶ La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 qui constitue le cadre de la politique de santé en France et le plan national de santé publique « priorité prévention, rester en bonne santé tout au long de sa vie »
- ▶ La feuille de route Santé Mentale et Psychiatrie du 28 juin 2018
- ▶ La stratégie Ma Santé 2022, annoncée en septembre 2018 par le président de la république, qui propose une vision d'ensemble et des réponses globales aux défis auxquels est confronté le système de santé français
- ▶ Le PRS 2 (2018) dans lequel la Santé Mentale a fait l'objet d'une attention particulière : 7 priorités pour le parcours Santé Mentale sont à déclinées en 5 ans.

LES PRIORITES OPERATIONNELLES EN MATIERE DE SANTE MENTALE DU PROJET REGIONAL DE SANTE 2 DE MARTINIQUE

PARCOURS SANTE MENTALE

Liens avec les orientations nationales SNS : Axe 3 – A

1. Améliorer la prévention et le repérage précoce des troubles en santé mentale
2. Améliorer l'accès aux soins somatiques pour les personnes souffrant de troubles Psychiatriques
3. Améliorer la coordination des acteurs en santé mentale à l'échelle régionale et locale pour améliorer le parcours de vie des personnes souffrant de troubles psychiatriques
4. Développer l'accès aux psychothérapies en CMP (enfants et adultes)
5. Améliorer les réponses aux situations de crise pour l'adulte et l'adolescent
6. Développer les alternatives à l'hospitalisation et les solutions de logement et hébergement intermédiaires et favoriser les liens avec les structures d'aval
7. Développer l'accès et les dispositifs de géronto-psychiatrie

Les principales évolutions de l'offre envisagées

- Transfert des capacités de psychiatrie de Balata vers Mangot Vulcin
- Développement des alternatives à l'hospitalisation
- Mise en place d'une consultation de post-urgence (IDE et médecin)
- Réouverture de l'unité d'hospitalisation post-urgences du CHUM
- Hôpitaux de jour pour enfant
- Déploiement du dispositif CLSM (Conseils Locaux de Santé Mentale) et du Plan Territorial de Santé Mentale (PTSM)
- Développement et structuration de la gérontopsychiatrie

Liens avec les orientations nationales SNS : Axe 1 – C / Axe 2 - A / Axe 3 – A / Priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du Jeune - Objectif 6

1. Renforcer les interventions et le repérage précoces auprès des adolescents et des jeunes
2. Développer la proximité et les dispositifs « d'aller-vers » pour les publics désocialisés qui ne se tournent pas vers les soins
3. Améliorer la prise en charge des comorbidités psychiatriques
4. Renforcer la couverture territoriale de l'offre de niveau 3
5. Favoriser la réinsertion des usagers en post-cure et des sortants de prison avec une problématique d'addiction

Les principales évolutions de l'offre envisagées Les principales évolutions de l'offre envisagées

- Mise en place d'une unité d'addictologie supplémentaire
- Mise en place d'une CJC et un « point écoute » dans le sud

Mise en place d'une ELSA pouvant intervenir dans les établissements du Sud

LA DEMARCHE D'ELABORATION DU PTSM MARTINIQUE

La démarche du PTSM de Martinique a été lancée le 26 juin 2019 par le Directeur Général Adjoint de l'ARS de Martinique.

Lors de la réunion de lancement il a été validé que le PTSM serait déployé sur un territoire unique à l'instar du CTS, sachant qu'une attention particulière sera portée à la prise en compte des 4 territoires de proximité dans le diagnostic territorial partagé et dans le projet.

Les travaux du PTSM sont organisés par 4 groupes de travail qui reprennent les 3 axes de la feuille de route santé mentale et psychiatrie ainsi que les 6 priorités des PTSM définis dans le décret.

L'équipe de pilotage du PTSM au sein de l'ARS est composée par :

- Pilote PTSM : Dr Marie-Laure AUDEL, Conseiller Médical de la direction de l'autonomie, référente santé mentale ARS Martinique.
 - Elle suit l'ensemble des travaux et propose un appui institutionnel aux pilotes des groupes de travail (composition des groupes de travail, sollicitation des institutions, présentation au Conseil Territorial de Santé...).
- Coordinatrice PTSM, Danièle RENARD, (ARS)
 - Elle propose un appui administratif et technique aux pilotes : organise et participe aux réunions, transmet les ordres du jour, les comptes-rendus de réunions.
 - Elle organise la remontée des productions à Regards Santé.

L'accompagnement méthodologique et à l'écriture externe est réalisé par :

- Bureau d'études Regards Santé, Consultantes : Nathalie Merle et Célia Chischportich
 - Propose un appui méthodologique à l'équipe de pilotage et aux pilotes des groupes de travail : construction de la méthodologie générale et des outils,
 - Adaptation des outils aux besoins des pilotes et des groupes de travail,

- Appui à l'écriture du diagnostic territorial partagé et du projet territorial de santé mentale sur la base de documents transmis par les groupes de travail.

Le Comité de pilotage stratégique est composé par :

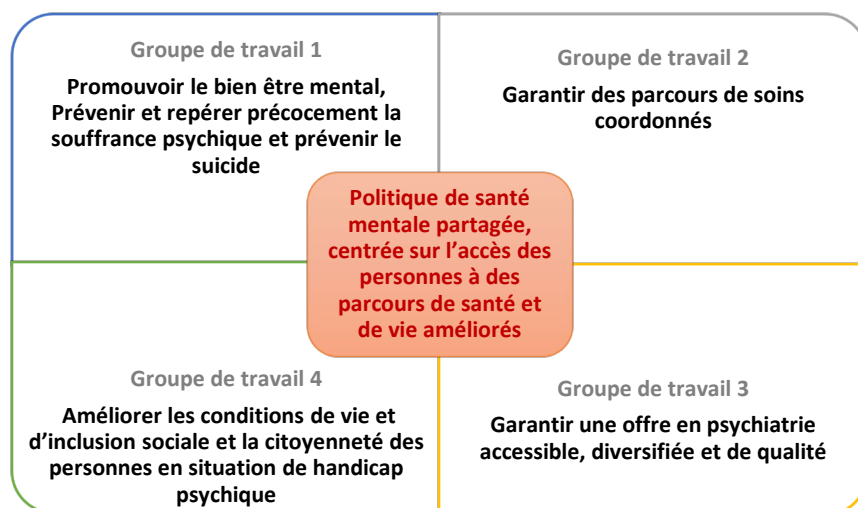
- Le DG ARS
- L'équipe de pilotage PTSM de l'ARS
- Les directions métier de l'ARS
- Les pilotes des groupes de travail

Il amende les orientations et les travaux avant présentation au CTS pour avis.

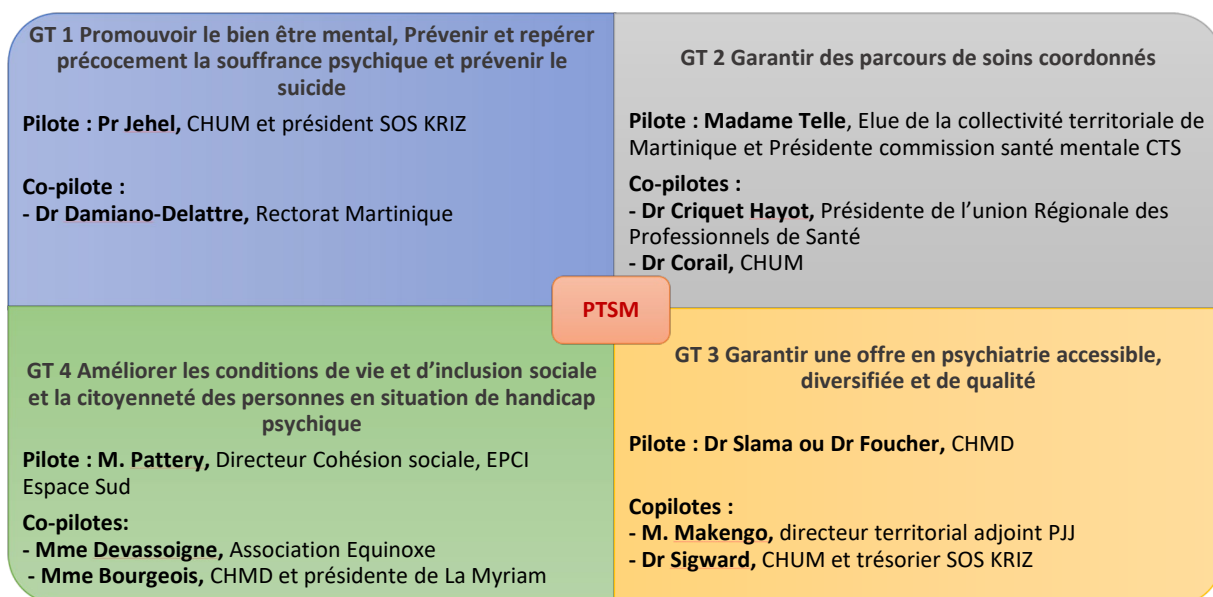
Le Diagnostic Territorial Partagé est arrêté par le DG ARS.

GROUPES DE TRAVAIL

Quatre groupes de travail ont été définis.



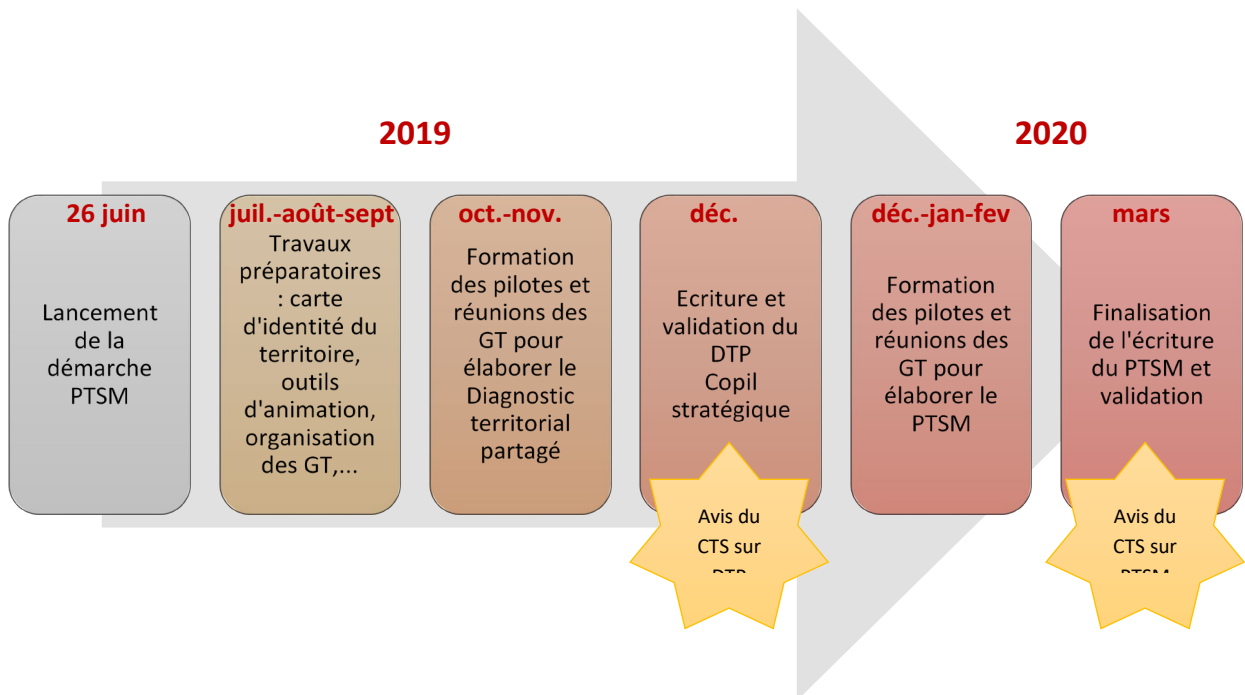
Les pilotes et copilotes des groupes de travail ont été choisis en concertation.



Les pilotes et copilotes des groupes de travail :

- Assurent l'animation des groupes de travail, réalisent les comptes-rendus des réunions avec l'appui de la coordinatrice (qui transmet ses notes pour appui aux CR), font valider les CR aux GT.
- Présentent les travaux aux CTS

CALENDRIER DU PTSM



Lors de la formation des pilotes le 7 octobre 2019, une méthodologie commune de travail pour l'ensemble des groupes a été retenue.

Trois réunions en octobre et novembre 2019 pour réaliser le DTP ont été programmées dès le départ pour chaque groupe, les pilotes et copilotes ont la charge de restituer les travaux effectués.

Les séances de travail avaient pour objectif commun :

- Définir les éléments de contexte
- Repérer les **Atouts / Faiblesses / Opportunités / Menaces** sur le territoire
- Dégager des problématiques et des facteurs clés liés aux facteurs environnementaux, organisationnels, matériels, aux processus et aux usagers.
- Identifier des enjeux et des pistes d'actions.

COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL DU PTSM DE MARTINIQUE

.....

GRUPE DE TRAVAIL PROMOUVOIR LE BIEN ETRE MENTAL, PREVENIR ET REPERER PRECOCEMENT LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET PREVENIR LE SUICIDE

NOM	FONCTION	STRUCTURE
M. JEHEL Louis : Pilote	Médecin chef de pole urgence psychiatrique	CHUM
Mme DELATTRE Catherine: Copilote	Médecin conseillère auprès du recteur	Éducation nationale
Mme BRIEU Dominique	IDE conseillère auprès du recteur	Éducation nationale
Mme SHARFE Delphine	Médecin	Éducation nationale
Mme GAILLARD KICHENAMA Livia	Coordinatrice CLS	Mairie de Ducos
Mme FLAQUET Sandra	Médecin psychiatre	CHMD
M. LAVAL José	Réfèrent main de justice	Ville de Saint Joseph
Mme GILLET	Médecin psychiatre	CHMD
Mme SAINTE -ROSE Fabienne	Secrétaire générale	SOS KRIZ
Mme THALY PONTA	Chargée de mission coordonnatrice CLS	CTM
M. DORNADIN Ruffin	Réfèrent sante CLS	Ville Saint Joseph
M. CHARLEC	Coordonnateur CLS	Ville Saint Joseph
Mme CRAMER	Coordonnateur CLS	
Mme FONSAT Ariane	Directrice de soins	CHMD
Mme VILLEMAURE	Chargée de mission	CTM
M. GRANIER Yann	Chargé de mission DGA Solidarité Accompagnement PA et handicap	CTM
Mme KICHENAMA Livia		
Mme MONTLOUIS Laetia		
Mme ELISABETH Nathalie		
M. PARROT Eric		
Mme PONNAMAH Anne		
Mme TERRINE Marie-Claude		
M. PARROT Eric		

.....

GRUPE DE TRAVAIL GARANTIR DES PARCOURS DE SOINS COORDONNES

NOM	FONCTION	STRUCTURE
Mme TELLE = Pilote	Elue	CTM
Mme CRIQUET HAYOT = Copilote	Médecin	Présidente de l'union régionale des professionnels de santé
M. CORAIL = Copilote		CHUM
M. OZIER LAFONTAINE	Sociologue	CMPP
M. BOTTIUS Alex	Psychiatre	CHMD
M. SLAMA	Psychiatre Président CME	CHMD
M. FOUCHER	Psychiatre vice-président CME	CHMD
Mme NAPOL	Directrice Générale	CHMD
Mme EDOUARD Sonia	Directrice Ressources Humaines	CHMD
M. DORNADIN Rufin	Réfèrent Sante CLS	Ville saint joseph
Mme REZAIRE		Préfecture
M. GRANIER Yann	Charge De Mission DGA Solidarité	CTM
M. LAVAL José	Charge De Mission	
M. CAMPMAS Richard	Directeur Financier	CHMD
M. CATHERINE	Coordonnateur CLS	Ville Du Robert
Mme DIB Laurence		ARS
M. GUILBAUD Benjamin		URML
Mme DEFOI Emerante		
Mme ROLLIER Sloane		
Mr DORNADIN Rufin		
M. LABBE Thierry		
Mme DUCHEL Nicole		
Mme BRAVO Murielle		
Mme DESORMEAUX Denise		
Mme TIGNAC Sandrine		
M FALL N'JOOGI		
M. CATHERINE Patrick		
M. BROUTA Rosan		

.....

GRUPE DE TRAVAIL GARANTIR UNE OFFRE EN PSYCHIATRIE ACCESSIBLE, DIVERSIFIEE ET DE QUALITE

NOM	FONCTION	STRUCTURE
M. FOUCHER Bertrand = Pilote	Psychiatre Vice-Président CME	CHMD
M. SLAMA = Copilote	PSYCHIATRE Président CME	CHMD
Mme DELATTRE Catherine = Copilote		
M. MAKENGO Hugues = copilote		
M. SIGWARD Jean Michel = Copilote		CHUM
Mme CHARPENTIER Hélène	Coordinatrice CLS	Mairie Sainte Marie
Mme NAPOL Juliette	Directrice Générale	CHMD
Mme GUILLOU Nathalie	Cadre De Direction	CHMD
M. DORNADIN Ruffin	Référent Santé CCLS	Ville Saint Joseph
M. CHARLEC Jean Luc	Coordonnateur CLS	Ville Saint Joseph
M. GRANIER Yann	Charge De Mission DGA Solidarité Accompagnement PA et handicap	CTM
Mme CLERANCE Célia	Charge De Mission	CTM
M. CAMPMAS Richard	Directeur Financier	CHMD
Mme ZULMA Audrey	Charge De Mission DGA Solidarité	CTM
M. CATHERINE Patrick	Coordonnateur CLS -	Mairie Du Robert
Mme BRAVO Muriel		
Mme PANNAMAH Anne		
Mme ELISABETH Nathalie		
Mme JEAN JACQUES Audrey		
Mme ALIX Carole		
Mme DEVISSOIGNE Yolène		
M LACOSTE Jérôme		

.....

GRUPE DE TRAVAIL AMELIORER LES CONDITIONS DE VIE ET D'INCLUSION SOCIALE ET LA
CITOYENNETE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE

NOM /PRENOM	FONCTION	STRUCTURE
M. PATTERY Johny = Pilote	Directeur Cohésion Sociale	Espace Sud
Mme DEVIASSOIGNE Yolène = Copilote		Association Equinoxe
Mme BOURGEOIS = Copilote		CHMD
Mme BERNARDI Prisca	Psychiatre	CHMD
Mr. FRANCOIS-HAUGRIN Fabien	Directeur Financier Adjoint	CHMD
Mme BOUCHER Paméla		CACEM
Mme REZAIRE		Préfecture
Mme ELISABETH Joëlle	Directrice	CACEM
Mme PIERRE -LOUIS Karyn	Directrice	IREPS
M. CATHERINE Patrick	Coordonnateur CLS	Mairie Du Robert
Mme RENE CORAIL Roselyne	Cadre De Direction	CHMD
Mme CHERCHEL Marcelline	Coordonnatrice CLS/ASV	
M. DORNADIN Ruffin	Référent Sante CCLS	Ville Saint Joseph
M. CHARLEC	Coordonnateur CLS	Ville Saint Joseph
M. GRANIER Yann	Charge De Mission DGA Solidarité Accompagnement PA et handicap	CTM
M. LAVAL José	Charge De Mission	
M. SEBASTIEN Sébastien	Coordonnateur CLS	Ville Du Lamentin
Mme CYRILLE Marie-Chantal		La Myriam
M GABRIEL Sébastien		
Mme PINVILLE Josiane		
M DALMEIDA Samuel		
Mme BOURLINVAL Guimette		
Mme PONNAMAH Anne		
Mme CONEY M. Andrée		

LE CONTEXTE TERRITORIAL

La Martinique peut être qualifiée comme grande génératrice de microtraumatismes : les épidémies successives, les tremblements de terre, les accidents climatiques (cyclones, tempêtes,) les violences routières, les violences intra familiales, les algues sargasses, les pesticides, les coulées de boues (lahares).

Ces phénomènes se succèdent depuis plusieurs années sans répit mettant à dure épreuves la population qui doit sans cesse s'organiser, s'adapter, déménager parfois.

La Martinique est organisée au niveau santé en 4 territoires de proximité :

- le Centre,
- le Sud,
- le Nord Atlantique
- le Nord Caraïbe

Les disparités entre les territoires de proximité sont importantes tant en termes d'équipements qu'en terme de profil de la population.

Le territoire centre regroupe une grande partie de la population (logements, transports, offres d'emploi, taux d'urbanisation plus important).

GEOGRAPHIE

La superficie de la Martinique est de 1 128 km².

Au 1er janvier 2016, la population légale en Martinique est de 376 480 habitants. La densité par Km² est de 303,8 habitants. (Source : INSEE 2016)

Le département est divisé en 3 EPCI (Établissement public de coopération intercommunale) :

- La Communauté d'Agglomération du Nord de la Martinique : CAP NORD
- La Communauté d'Agglomération du Centre de la Martinique : CACEM
- La Communauté d'Agglomération de l'Espace Sud de la Martinique : Espace Sud (CAESM)

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION
(ÉCARTS PAR RAPPORT AUX MOYENNES REGIONALE ET NATIONALE)

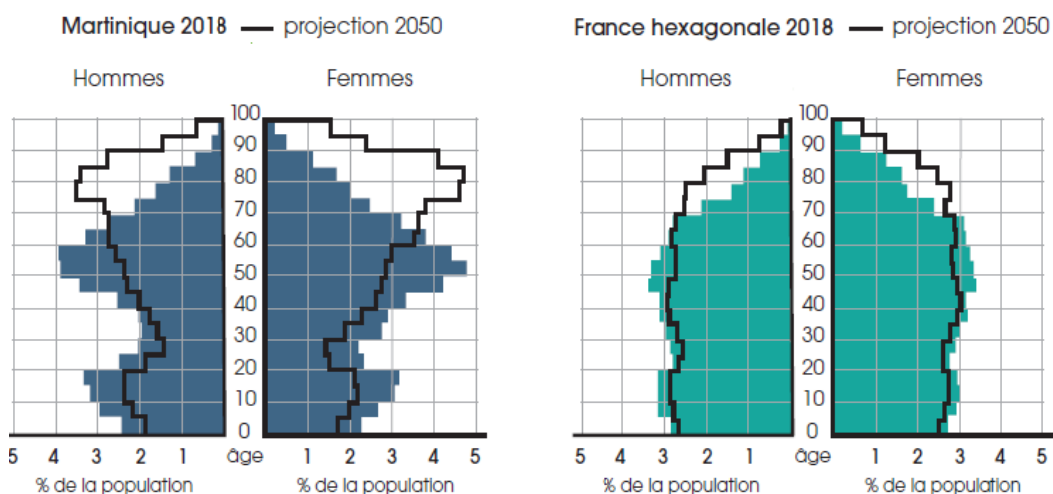
REPARTITION ET EVOLUTION DE LA POPULATION

Tranches d'âge

Catégorie	Nombre		%	
	Martinique	France	Martinique	France
0 à 14 ans	65 144	12 118 274	17,3	18,3
15 à 29 ans	60 667	11 744 270	16,1	17,7
30 à 44 ans	61 353	12 594 023	16,3	19,0
45 à 59 ans	92 157	13 210 612	24,5	19,9
60 à 74 ans	62 857	10 541 416	16,7	15,9
75 ans ou plus	34 302	6 152 993	9,1	9,3
Total	376 480	66 361 588	100,0	100,0

Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale – 2016

Evolution de la population totale : projection à 2050



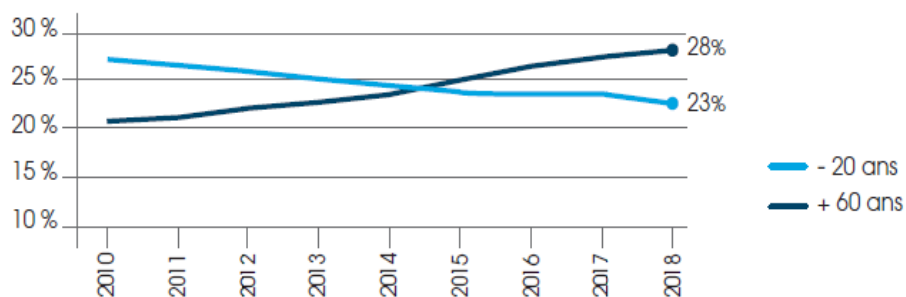
Source : Insee, Estimation de population (résultats arrêtés fin 2017)

Taux de variation de la population annuel moyen entre 2010 et 2018

	Variation relative annuelle 2010-2018 (%)			
	Estimation de population au 1er janv 2018	Totale	Due au solde naturel	Due au solde migratoire
France hexagonale	65 018 096	0,40	0,30	0,10
Martinique	371 246	-0,70	0,30	-1,00
Guadeloupe	390 704	-0,40	0,50	-0,90
Guyane	281 612	2,60	2,30	-0,30
La Réunion	865826	0,70	1,10	-0,40

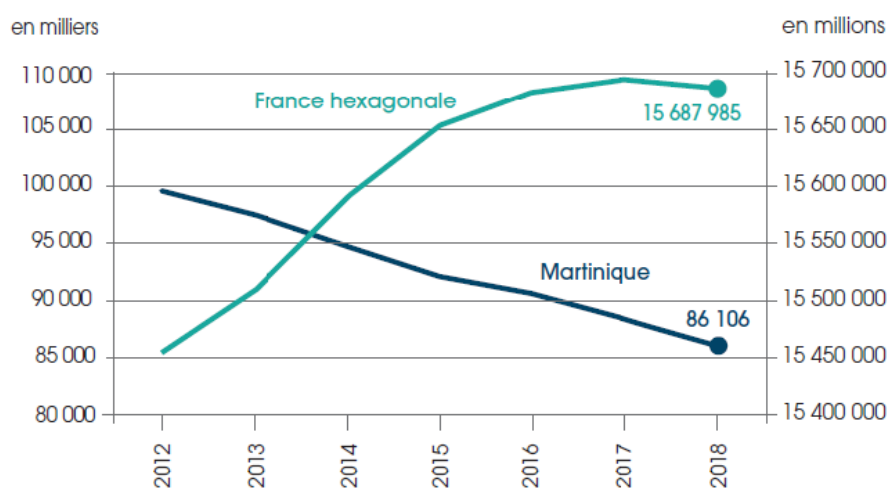
Source : Insee, Estimation de population (résultats arrêtés fin 2017)

Évolution de la population des moins de 20 ans et plus de 60 ans en Martinique de 2010 à 2018



Source : Insee, Estimation de population (résultats arrêtés fin 2017)

Évolution de la population des moins de 20 ans en Martinique et en France hexagonale



Source : Insee, Estimation de population (résultats arrêtés fin 2017)

0 - 17 ANS

	Martinique 2013	France 2013
Effectif des 0-17 ans	87 854	14 499 970
Part des 0-17 ans (%)	22,8	22,1
dont 0-11 ans (%)	14,5	14,8
dont 0-5 ans (%)	6,7	7,3
dont 5-11 ans (%)	9	8,7
dont 12-17 ans (%)	8,3	7,3

Source : INSEE RP – 2013

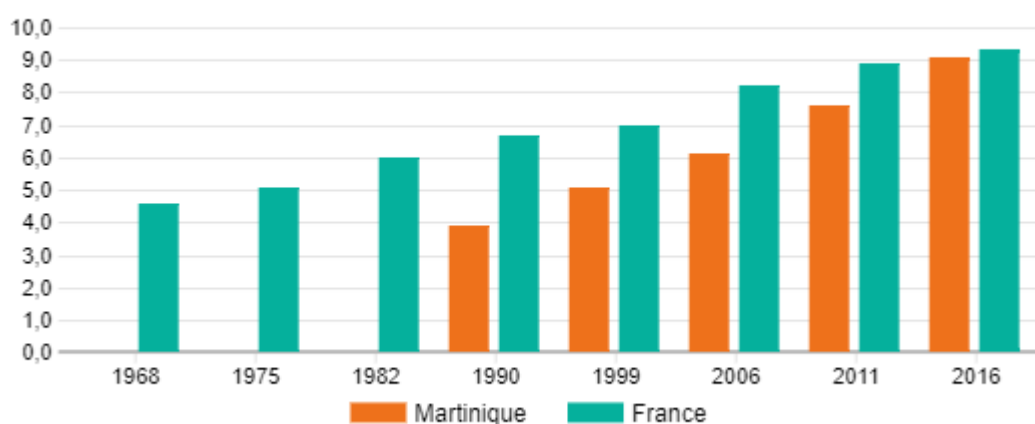
65 ANS ET PLUS

	Martinique 2013	France 2013
Part des 65 ans et plus (%)	17	17,7
Effectif des 65 ans et plus	65485	11626845
Part des 80 ans et plus (%)	4,8	5,7
Effectif des 80 ans et plus	18527	3737174
Variation des 65 ans et plus entre 2008 et 2013 (%)	22,1	15,9

Source : Insee - 2013

PERSONNES AGEES DE PLUS DE 75 ANS

Les personnes âgées et leur évolution



Source : Insee, RP

Indice de vieillissement

En 2016, l'indice de vieillissement¹ en Martinique est de 79,68 (versus 77,96 en France).

	Martinique 2013	France 2013
Indice de vieillissement	67,1	72,2
Indice de grand vieillissement	253,5	211,1
Taux de personnes âgées isolées (%)	31,8	33,5
Taux de personnes âgées vivant dans des communes rurales isolées (%)		6,6

Source : Insee - 2013

Rapport de dépendance

En 2016, le rapport de dépendance² est de 57,05 personnes âgées de moins de 15 ans et de 65 ans ou plus pour 100 personnes âgées de 15 à 64 ans en Martinique et de 59,43 en France.

¹ Cf. glossaire

² Cf. glossaire

MENAGES

Composition des ménages

	Nombre de ménages				Population des ménages	
	2016	%	2011	%	2016	2011
Ensemble	167 007	100	162 844	100	370 290	386 964
Ménages d'une personne	60 643	36,3	52 916	32,5	60 643	52 916
Hommes seuls	28 285	16,9	24 676	15,2	28 285	24 676
Femmes seules	32 358	19,4	28 240	17,3	32 358	28 240
Autres ménages sans famille	5 487	3,3	5 483	3,4	13 307	13 161
Ménages avec famille(s) dont la famille principale est :	100 877	60,4	104 445	64,1	296 339	320 887
Un couple sans enfant	28 042	16,8	26 677	16,4	59 924	57 905
Un couple avec enfant(s)	32 290	19,3	37 573	23,1	123 845	146 361
Une famille monoparentale	40 546	24,3	40 195	24,7	112 570	116 622

Sources : Insee, RP2011 et RP2016, exploitations complémentaires, géographie au 01/01/2019.

Personnes de 15 ans ou plus vivant seules selon l'âge - population des ménages

	2011	2016
15 à 19 ans	0,9	1,1
20 à 24 ans	5,3	5,4
25 à 39 ans	10,8	11,7
40 à 54 ans	15,4	17,3
55 à 64 ans	24,1	27,4
65 à 79 ans	29	31,3
80 ans ou plus	38,5	39,1

Sources : Insee, RP2011 et RP2016, exploitations principales, géographie au 01/01/2019).

Personnes de 15 ans ou plus déclarant vivre en couple selon l'âge

	2011	2016
15 à 19 ans	1,2	1
20 à 24 ans	8,1	7,4
25 à 39 ans	40,1	35,8
40 à 54 ans	52,6	49,5
55 à 64 ans	56	52
65 à 79 ans	53	52,7
80 ans ou plus	29,9	32

Sources : Insee, RP2011 et RP2016, exploitations principales, géographie au 01/01/2019.

Statut conjugal des personnes de 15 ans ou plus en 2016

	%
Marié(e)	31,2
Non marié(e)	68,8

Source : Insee, RP2016 exploitation principale, géographie au 01/01/2019.

FAMILLES

Composition des familles

	2016	%	2011	%
Ensemble	104 281	100	108 362	100
Couples avec enfant(s)	32 410	31,1	37 765	34,9
Familles monoparentales	43 614	41,8	43 722	40,3
Hommes seuls avec enfant(s)	4 604	4,4	4 430	4,1
Femmes seules avec enfant(s)	39 010	37,4	39 292	36,3
Couples sans enfant	28 257	27,1	26 874	24,8

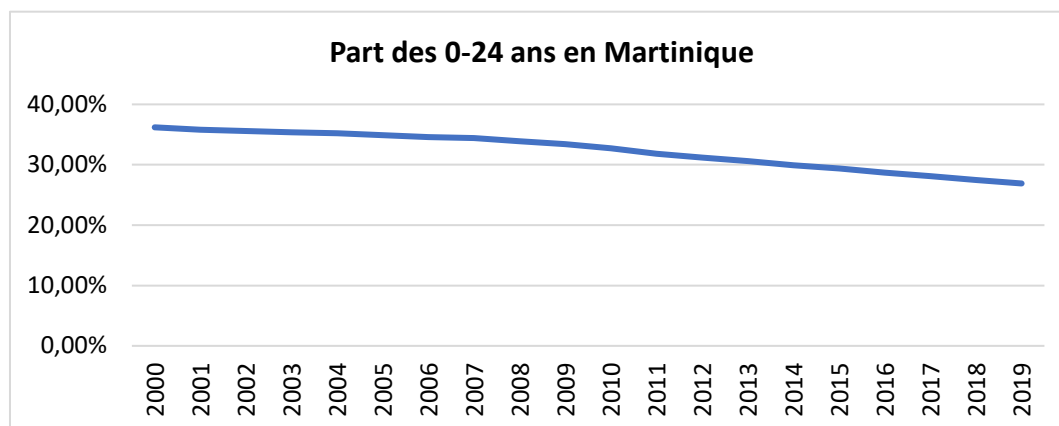
Sources : Insee, RP2011 et RP2016, exploitations complémentaires, géographie au 01/01/2019.

Familles selon le nombre d'enfants âgés de moins de 25 ans

	2016	%	2011	%
Ensemble	104 281	100	108 362	100
Aucun enfant	45 734	43,9	42 701	39,4
1 enfant	30 720	29,5	32 867	30,3
2 enfants	19 388	18,6	22 066	20,4
3 enfants	6 099	5,8	7 616	7
4 enfants ou plus	2 340	2,2	3 112	2,9

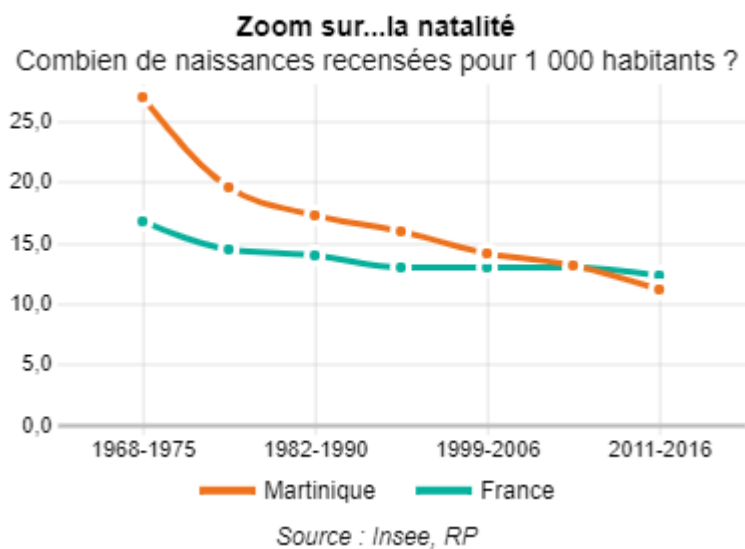
Sources : Insee, RP2011 et RP2016, exploitations complémentaires, géographie au 01/01/2019.

Evolution de la part des 0-24 ans en Martinique 2000-2019



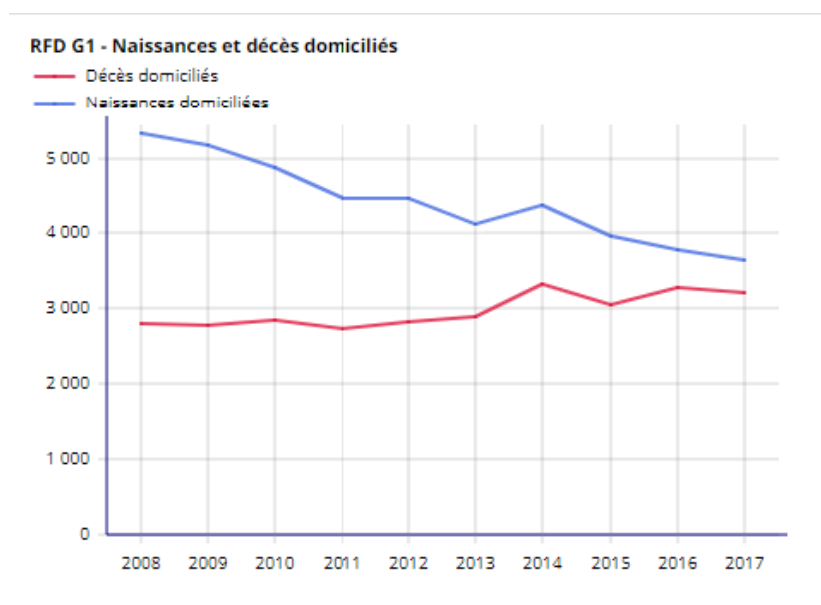
Source : INSEE – séries chronologiques 2019

NAISSANCES ET FECONDITE



Le taux de fécondité est de 189 pour 100 femmes en Martinique versus 187 pour 100 femmes en France en 2018

NAISSANCES ET DECES DOMICILIES³



Source : INSEE, statistiques état civil au 01/01/2018

³ Cf. glossaire

Scolarisation selon l'âge et le sexe en 2016

	Ensemble	Population scolarisée	Part de la population scolarisée en %		
			Ensemble	Hommes	Femmes
2 à 5 ans	15 489	12 457	80,4	80,4	80,5
6 à 10 ans	22 840	22 421	98,2	98,5	97,9
11 à 14 ans	19 625	19 330	98,5	98,3	98,7
15 à 17 ans	15 616	15 003	96,1	95,1	97,1
18 à 24 ans	27 323	12 878	47,1	44	50,5
25 à 29 ans	17 729	1 078	6,1	4,8	7,1
30 ans ou plus	250 669	1 882	0,8	0,7	0,8

Source : Insee, RP2016 exploitation principale, géographie au 01/01/2019.

Taux de scolarisation selon l'âge (en %)

	2011	2016
2 à 5 ans	80	80,4
6 à 10 ans	98,6	98,2
11 à 14 ans	98,5	98,5
15 à 17 ans	95,2	96,1
18 à 24 ans	47,5	47,1
25 à 29 ans	6,3	6,1
30 ans ou plus	0,6	0,8

Sources : Insee, RP2011 et RP2016, exploitations principales, géographie au 01/01/2019.

Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans ou plus selon le sexe en 2016

	Ensemble	Hommes	Femmes
Population non scolarisée de 15 ans ou plus	280 495	125 897	154 598
Part des titulaires en %			
d'aucun diplôme ou au plus d'un BEPC, brevet des collèges ou DNB	41,9	43,6	40,5
d'un CAP ou d'un BEP	20,1	22,4	18,3
d'un baccalauréat (général, technologique, professionnel)	16,3	15,2	17,3
d'un diplôme de l'enseignement supérieur	21,7	18,9	23,9

Source : Insee, RP2016 exploitation principale, géographie au 01/01/2019.

Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans ou plus (en %)

	2011	2016
Aucun diplôme ou au plus BEPC, brevet des collèges, DNB	47,6	41,9
CAP ou BEP	19,1	20,1
Baccalauréat (général, technologique, professionnel)	14,9	16,3
Diplôme de l'enseignement supérieur	18,5	21,7

Sources : Insee, RP2011 et RP2016, exploitations principales, géographie au 01/01/2019.

POPULATION ACTIVE, EMPLOI ET CHOMAGE

Population de 15 à 64 ans par type d'activité

	2016	2011
Ensemble	239 708	254 343
Actifs en %	71,6	69,9
Actifs ayant un emploi en %	53,6	51,5
Chômeurs en %	18	18,5
Inactifs en %	28,4	30,1
Élèves, étudiants et stagiaires non rémunérés en %	11,1	12
Retraités ou préretraités en %	5,1	6,4
Autres inactifs en %	12,2	11,7

Sources : Insee, RP2011 et RP2016, exploitations principales, géographie au 01/01/2019.

Activité et emploi de la population de 15 à 64 ans par sexe et âge en 2016

	Population	Actifs	Taux d'activité en %	Actifs ayant un emploi	Taux d'emploi en %
Ensemble	239 708	171 594	71,6	128 537	53,6
15 à 24 ans	42 939	14 302	33,3	6 968	16,2
25 à 54 ans	142 128	123 585	87	93 349	65,7
55 à 64 ans	54 641	33 707	61,7	28 220	51,6
Hommes	109 902	78 751	71,7	60 027	54,6
15 à 24 ans	22 006	7 851	35,7	3 948	17,9
25 à 54 ans	62 490	54 695	87,5	42 553	68,1
55 à 64 ans	25 406	16 205	63,8	13 525	53,2
Femmes	129 806	92 843	71,5	68 511	52,8
15 à 24 ans	20 933	6 451	30,8	3 020	14,4
25 à 54 ans	79 639	68 890	86,5	50 796	63,8
55 à 64 ans	29 235	17 502	59,9	14 695	50,3

Source : Insee, RP2016 exploitation principale, géographie au 01/01/2019.

Population de 15 à 64 ans par type d'activité en 2016

	Population
Actifs ayant un emploi	53,6
Chômeurs	18
Retraités	5,1
Élèves, étudiants et stagiaires non rémunérés	11,1
Autres inactifs	12,2

Source : Insee, RP2016 exploitation principale, géographie au 01/01/2019.

Population active de 15 à 64 ans selon la catégorie socioprofessionnelle

	2016	dont actifs ayant un emploi	2011	dont actifs ayant un emploi
Ensemble	171 244	128 307	177 539	130 913
dont				
<i>Agriculteurs exploitants</i>	2 163	2 059	2 337	2 214
<i>Artisans, commerçants, chefs d'entreprise</i>	12 213	11 099	12 590	11 398
<i>Cadres et professions intellectuelles supérieures</i>	15 437	14 663	15 076	14 465
<i>Professions intermédiaires</i>	38 350	32 686	37 026	31 406
<i>Employés</i>	58 372	43 790	61 289	45 319
<i>Ouvriers</i>	35 209	24 009	38 775	26 110

Sources : Insee, RP2011 et RP2016, exploitations complémentaires, géographie au 01/01/2019.

Ménages selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence en 2016

	Nombre de ménages	%	Population des ménages	%
Ensemble	167 007	100	370 290	100
<i>Agriculteurs exploitants</i>	1 742	1	4 675	1,3
<i>Artisans, commerçants, chefs d'entreprise</i>	9 712	5,8	25 160	6,8
<i>Cadres et professions intellectuelles supérieures</i>	10 867	6,5	26 111	7,1
<i>Professions intermédiaires</i>	24 048	14,4	58 549	15,8
<i>Employés</i>	37 434	22,4	92 737	25
<i>Ouvriers</i>	24 419	14,6	61 885	16,7
<i>Retraités</i>	43 692	26,2	70 273	19
<i>Autres personnes sans activité professionnelle</i>	15 093	9	30 900	8,3

Source : Insee, RP2016 exploitation complémentaire, géographie au 01/01/2019.

Chômage (au sens du recensement) des 15-64 ans

	2016	2011
Nombre de chômeurs	43 057	46 989
Taux de chômage en %	25,1	26,4
Taux de chômage des hommes en %	23,8	24,1
Taux de chômage des femmes en %	26,2	28,4
Part des femmes parmi les chômeurs en %	56,5	57,8

Sources : Insee, RP2011 et RP2016, exploitations principales, géographie au 01/01/2019.

Taux de chômage (au sens du recensement) des 15-64 ans par sexe et âge en 2016

	Hommes	Femmes
15 à 24 ans	49,7	53,2
25 à 54 ans	22,2	26,3
55 à 64 ans	16,5	16

Source : Insee, RP2016 exploitation principale, géographie au 01/01/2019.

Emploi et activité

	2016	2011
Nombre d'emplois dans la zone	130 259	132 628
Actifs ayant un emploi résidant dans la zone	131 323	132 903
Indicateur de concentration d'emploi	99,2	99,8
Taux d'activité parmi les 15 ans ou plus en %	56	56,9

Sources : Insee, RP2011 et RP2016, exploitations principales lieu de résidence et lieu de travail, géographie au 01/01/2019.

Emplois selon le statut professionnel

	2016	%	2011	%
Ensemble	130 259	100	132 628	100
Salariés	109 609	84,1	112 451	84,8
<i>dont femmes</i>	61 574	47,3	62 153	46,9
<i>dont temps partiel</i>	17 972	13,8	18 602	14
Non-salariés	20 650	15,9	20 177	15,2
<i>dont femmes</i>	7 503	5,8	6 807	5,1
<i>dont temps partiel</i>	2 393	1,8	2 222	1,7

Sources : Insee, RP2011 et RP2016, exploitations principales lieu de travail, géographie au 01/01/2019.

Emplois par catégorie socioprofessionnelle en 2016

	Nombre	%
Ensemble	130 222	100
Agriculteurs exploitants	2 179	1,7
Artisans, commerçants, chefs entreprise	11 745	9
Cadres et professions intellectuelles supérieures	15 043	11,6
Professions intermédiaires	32 815	25,2
Employés	44 111	33,9
Ouvriers	24 329	18,7

Source : Insee, RP2016 exploitation complémentaire lieu de travail, géographie au 01/01/2019.

Population de 15 ans ou plus ayant un emploi selon le statut en 2016

	Nombre	%	dont % temps partiel	dont % femmes
Ensemble	131 245	100	15,6	53,1
Salariés	110 561	84,2	16,3	56,2
Non-salariés	20 684	15,8	11,5	36,4

Source : Insee, RP2016 exploitation principale, géographie au 01/01/2019.

LOGEMENT / HEBERGEMENT

Catégories et types de logements

	2016	%	2011	%
Ensemble	211 621	100	198 588	100
Résidences principales	167 004	78,9	162 852	82
Résidences secondaires et logements occasionnels	11 553	5,5	9 086	4,6
Logements vacants	33 064	15,6	26 651	13,4
<i>Maisons</i>	<i>134 069</i>	<i>63,4</i>	<i>126 816</i>	<i>63,9</i>
<i>Appartements</i>	<i>75 986</i>	<i>35,9</i>	<i>70 191</i>	<i>35,3</i>

Sources : Insee, RP2011 et RP2016, exploitations principales, géographie au 01/01/2019 .

Résidences principales selon le statut d'occupation

	2016		Nombre de personnes	Ancienneté moyenne d'emménagement en année(s)	2011	
	Nombre	%			Nombre	%
Ensemble	167 004	100	370 291	17,4	162 852	100
Propriétaire	90 848	54,4	201 964	22,9	89 298	54,8
Locataire	63 726	38,2	142 823	9,1	62 145	38,2
<i>dont d'un logement HLM loué vide</i>	<i>26 613</i>	<i>15,9</i>	<i>61 259</i>	<i>12,6</i>	<i>25 002</i>	<i>15,4</i>
Logé gratuitement	12 431	7,4	25 505	19,5	11 409	7

Sources : Insee, RP2011 et RP2016, exploitations principales, géographie au 01/01/2019.

Hébergement social

	Martinique 2014	France 2014
Densité de places d'hébergement social (pour 100 000 hab.)	38,3	93,3
Densité de places d'hébergement social en CADA (pour 100 000 hab.)	0	37,8

Source : Finess, DJRCS, DGCS, Scoresanté - 2014

Evolution et poids des publics regroupés par situation de vie ayant potentiellement un besoin d'hébergement et de logement et ayant comme dénominateur commun une problématique résidentielle (mode de logement non satisfaisant)

Situations de vie relatives à une problématique résidentielle (mode de logement non satisfaisant)	Source d'information	Quantification en personnes différentes en 2013
Personnes vivant dans la rue	SIAO	84
Personnes sortant d'institutions carcérales	SIAO	12
Personnes sortant d'institutions psychiatriques	ARS + ALS	57
Personnes sortant de prise en charge ASE, y compris les bénéficiaires d'un contrat jeune majeur	CTM	0
Ménages en habitat potentiellement indigne	DGFIP INSEE	6 150
Ménages vivant chez un tiers ayant fait une demande de logement social enregistrée dans le SNE	SNE	7 849
Ménages vivant en logement suroccupé ayant fait une demande de logement social enregistrée dans le SNE	SNE	990
Ménages vivant dans une structure provisoire / non conventionnelle ayant fait une demande de logement social	SNE	26

Source : Diagnostic territorial partage à 360° du sans-abrisme au mal-logement de juillet 2015

Taux de logements vacants (parc social et parc privé)

Au 1er janvier 2018, la proportion de logements vacants est de 3,46 % contre 2,42 % un an plus tôt. Ce chiffre reste dans la moyenne de ces cinq dernières années. Le taux de vacance de plus de 3 mois (vacance structurelle) reste faible et s'élève à 2,04 %.

Taux de rotation du parc public

Le taux de mobilité reste constant et faible en Martinique. Toutefois, ce taux évolue à la hausse, passant de 3,7 % en 2011 à 5,9 % en 2018. Il se rapproche du taux de mobilité de 6,3 % en Île-de-France.

PAUVRETE ET REVENUS DES MENAGES

Taux de pauvreté par tranche d'âge du référent fiscal en 2015

	Taux en %
Ensemble	30,9
Moins de 30 ans	51,6
De 30 à 39 ans	36
De 40 à 49 ans	34,3
De 50 à 59 ans	29,9
De 60 à 74 ans	23,8
75 ans ou plus	31,2

Champ : ménages fiscaux - hors communautés et sans abris.

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) en géographie au 01/01/2016.

Taux de pauvreté par statut d'occupation du logement du référent fiscal en 2015

	Taux en %
Ensemble	30,9
Propriétaire	23,1
Locataire	39,2

Champ : ménages fiscaux - hors communautés et sans abris.

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) en géographie au 01/01/2016.

Décomposition des revenus disponibles sur l'année 2015

	part en %
Ensemble	100
Revenus d'activité	73,1
dont salaires et traitements hors chômage	64
dont indemnités de chômage	3,7
dont revenus des activités non salariées	5,5
Pensions, retraites et rentes	22,6
Revenus du patrimoine et autres revenus	6,1
Ensemble des prestations sociales	11,3
dont prestations familiales	2,8
dont minima sociaux	6,2
dont prestations logement	2,3
Impôts	-13,1

Champ : ménages fiscaux - hors communautés et sans abris.

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) en géographie au 01/01/2016.

Salaires net horaire moyen total (en euros) selon la catégorie socioprofessionnelle en 2015

	Ensemble	Femmes	Hommes
Ensemble	13,7	12,8	14,4
Cadres*	26,4	23	28,9
Professions intermédiaires	15,4	14,5	16,4
Employés	11	10,9	11,2
Ouvriers	11,1	9,4	11,4

* Cadres, professions intellectuelles supérieures et chefs d'entreprises salariés

Source : Insee, DADS - fichier salariés au lieu de résidence en géographie au 01/01/2016.

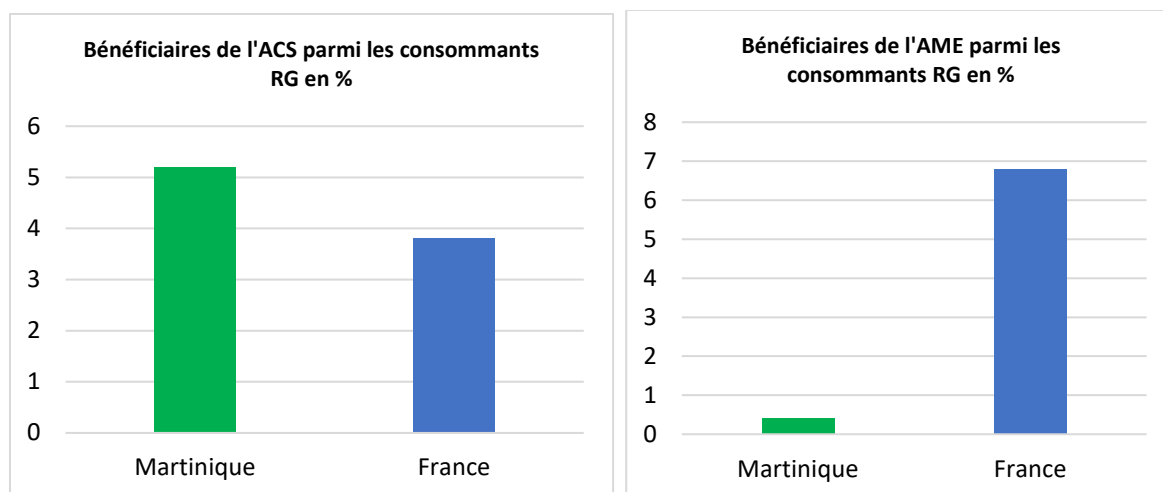
Salaires net horaire moyen total (en euros) selon l'âge en 2015

PRESTATIONS SOCIALES

Bénéficiaires de la CMUC parmi les consommant RG

	Martinique %	France %
Total	28	9,1
Femmes	30,7	9,3
Hommes	24,9	8,8

Source : CNAMTS, ARS – 2015



Source : CNAMTS, ARS – 2014

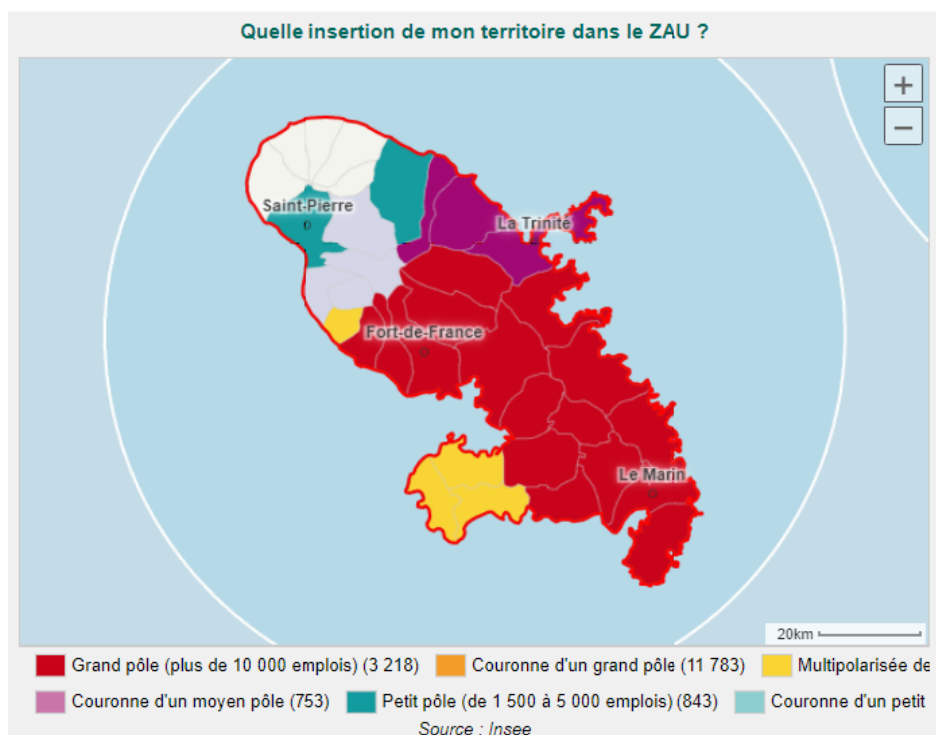
Bénéficiaires des minima sociaux en 2014

	Martinique	France
Allocataires du revenu de solidarité active (RSA) au 31/12/2014	45 215	1 869 687
Taux de population couverte par le RSA total (%)	27,22	6,3
Allocataires de l'Allocation de solidarité spécifique (ASS)	6 782	345 300

Source : INSEE

TAUX D'URBANISATION

Zonage en zone urbaine⁴



TAUX BÉNÉFICIAIRES COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE (CMUC) ET AIDE MÉDICALE D'ÉTAT (AME) PARMI LES CONSOMMANTS DU RÉGIME GÉNÉRAL

Bénéficiaires de la CMUC parmi les consommateurs RG

Catégories	Part des bénéficiaires de la CMUC parmi les consommateurs RG (%)	
	Martinique	France
Hommes	24,9	8,8
Femmes	30,7	9,3
Total	28,0	9,1

Source : CNAMTS, ARS – 2015

Bénéficiaires de l'AME parmi les consommateurs RG

Indicateurs	Martinique	France
2014	0,4	6,8

Source : CNAMTS, ARS

⁴ Cf. Glossaire

QUARTIERS PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE DE LA VILLE

Zonage	Nombre d'habitants
Fort de France : Quartier Ouest, Sainte Thérèse, Bon Air, Volga Plage, Haut-Dillon	22.060
Le Lamentin : Frange Ouest Centre aggloméré	1.700
Le Robert : Cité Lacroix Trou Terre Pointe Lynch	1.740
Sainte Marie : Tombolo City	1.370

Source : ARS Martinique

Indicateurs de dispersion des niveaux de vie et taux de pauvreté selon les zonages en 2014

Zonage	Niveau de vie médian (€)	Taux de pauvreté (%)	Premier Décile (D1) (€)	Dernier Décile (D9) (€)	Rapport interdéciles D9/D1
Martinique	16 074	32,1	7 770	34 287	4,4
Ensemble des QPV France entière	13 045	43,9	7 522	22 351	3,0
Ensemble des QPV Martinique	12 576	47,6	6 312	23 663	3,7
Quartier Ouest	12 434	48,7	5 672	23 672	4,2
Sainte Thérèse	12 930	45,6	6 398	25 194	3,9
Volga Plage	12 146	50,7	5 835	21 180	3,6
Haut-Dillon	13 571	39,6	8 377	23 110	2,8
Frange Ouest Centre aggloméré	13 610	41,3	6 628	26 321	4,0
Cité Lacroix Trou Terre Pointe Lynch	11 837	54,3	7 387	21 173	2,9
Tombolo City	12 090	50,9	6 134	23 894	3,9

Lecture : dans le quartier de Volga Plage, les 10 % de personnes les plus aisées disposent en moyenne d'un revenu par unité de consommation de plus de 21 180 €, soit un montant au moins 3,6 fois plus élevé que les 10 % les plus modestes qui disposent d'un revenu par UC de moins de 5 835 €.

Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal (Filosophi).

Les QPV se distinguent par un taux de chômage bien plus fort que pour les autres quartiers

Les principaux indicateurs du cadre de cohésion sociale et de l'emploi en 2014

Zone	Taux des personnes peu ou pas diplômées (définitions) 15-64 ans (%)	Taux d'activité (%)	Taux de chômage (%)	Taux de scolarisation 16 à 24 ans (%)	Taux Autres inactifs 15-64 ans (%)
Martinique	56,6	71,0	26,1	59,3	12,1
Ensemble QPV Martinique	71,5	68,0	39,9	54,9	16,0
Quartier Ouest	72,1	69,2	42,5	51,5	15,7
Sainte-Thérèse	71,7	66,4	36,6	53,0	17,1
Volga Plage	76,7	63,3	40,1	57,1	20,0
Haut-Dillon	67,8	72,2	35,2	68,8	7,6
Frange Ouest Centre aggloméré	61,3	63,8	31,5	62,4	21,3
Cité Lacroix Trou Terre Pointe Lynch	73,1	70,7	45,1	51,7	11,6
Tombolo City	74,2	67,5	40,4	42,1	19,2

Nb : les autres inactifs correspondent aux inactifs de 15 à 64 ans hors retraités, étudiants, stagiaires, élèves...
Lecture : le taux de chômage s'élève à 40,4 % à Tombolo City contre 26,1 % en Martinique.

Source : Insee, recensement de population, Exploitation principale 2014.

Les Martiniquaises sont plus diplômées que les Martiniquais mais elles sont plus touchées par le chômage

Les principaux indicateurs du cadre de cohésion sociale selon le genre en 2014

Indicateurs	Genre	Martinique (%)	Ensemble des QPV (%)
Part des personnes peu ou sans diplôme parmi les 15 à 64 ans	Homme	62,2	74,9
	Femme	51,9	68,6
Taux d'activité des 15 à 64 ans	Homme	71,3	69,2
	Femme	70,6	67,0
Taux de chômage des 15 à 64 ans	Homme	24,5	37,4
	Femme	27,5	42,0
Part des femmes parmi les 15 à 64 ans	Ensemble	54,1	54,3
Ratio Femmes actives/ Total des Actifs	Ensemble	53,9	53,5

Lecture : en Martinique, le taux de chômage est égal à 24,5 % pour les hommes contre 27,5 % pour les femmes.
Source : Insee, recensement de population, Exploitation principale 2014.

Un temps d'accès bien plus faible pour les résidents des QPV

Temps moyen en minutes durant les heures pleines pour accéder à un équipement du panier "vie courante" selon les zones (QPV ou sa partie englobante) en 2017

Libelle	Temps
Fort-de-France hors QPV	4
QPV Ouest FDF	3
QPV Ste-thérèse	3
QPV Volga Plage	4
QPV Haut-Dillon	3
Le Lamentin hors QPV	6
QPV Frange Ouest Centre aggloméré	3
Le Robert hors QPV	8
QPV Lacroix Trou Terre Pointe Lynch	6
St Marie hors QPV	12
QPV Tombolo City	9

Lecture : en 2017, un habitant de Tombolo City met en moyenne 9 minutes durant les heures pleines pour accéder à un équipement du panier "Vie courante", alors qu'un habitant de la partie englobante de Sainte-Marie en mettra 12.

Source : Insee, base permanente des équipements 2017.

Un parc de logement selon les quartiers prioritaires

Les principaux indicateurs de cadre de vie des ménages en 2014

Zone	Part Logements Individuel (%)	Taux de Logements vacants (%)	Part logements anciens (%)	Part occupation Propriétaire (%)	Part logements HLM (%)
Martinique	63,9	15,0	4,8	54,4	14,0
Ensemble QPV Martinique	53,8	22,3	14,9	34,1	19,7
Quartier Ouest	51,6	27,8	23,1	31,5	9,9
Sainte-Thérèse	61,5	19,9	12,4	40,0	19,9
Volga Plage	85,3	19,6	1,1	59,0	0,6
Haut-Dillon	0,8	2,3	0,8	2,7	95,6
Frange Ouest Centre aggloméré	45,9	17,3	11,7	27,4	29,3
Lacroix Trou Terre Pointe Lynch	33,3	14,2	0,0	25,6	63,2
Tombolo City	79,2	20,5	4,3	52,1	9,9

Lecture : la part de logements individuels est de 79,2 % à Tombolo City contre 63,9 % en Martinique.

Source : Insee, recensement de population, exploitation principale 2014.

PERSONNES SOUS-MAIN DE JUSTICE

PJJ DU 01/01/2019 AU 30/07/2019

Milieu ouvert	548 jeunes pris en charge toutes mesures confondues
Quartier mineur	15 jeunes

Source PJJ Martinique

INDICATEURS DE SANTE DE LA POPULATION

ESPERANCE DE VIE

	Martinique		France	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Espérance de vie à la naissance en 2018	78,6 ans	84,7 ans	79,4	85,3
Espérance de vie à 60 ans en 2018	23,8	27,8	23,2	27,6

TAUX D'ADMISSION EN ALD, DONT ALD 23 « TROUBLES PSYCHIATRIQUES DE LONGUE DUREE »

Rapport d'activité 2017	Admission	Prolongation	Total
ALD 23 Affections psychiatriques longue durée	728	483	1 211
Total ALD	10 779	8 032	18 811
Incidence	7%	6%	
Prévalence			6%

Source : DRSM 2017

	Admission	Prolongation	Total
ALD 23 Affections psychiatriques longue durée	569	435	1 004
Total ALD	9 154	5 576	14 730
Incidence	6%	8%	
Prévalence			7%

Source DRSM 2018

TAUX DE MORTALITE

Le nombre de **décès domiciliés** en Martinique en 2017 est 3 217. (Source : INSEE : état civil 2018)

Le **taux brut de mortalité** est de 9,2 pour 1 000 habitants. (Source : INSEE : état civil 2018)

Le **taux de mortalité standardisé (prématuré) des 0-64 ans** en Martinique est de 2,0 pour 1000. (Source : INSEE : état civil 2018)

Le **taux de mortalité standardisé 65 ans ou plus** en Martinique est 33,2 pour 1000. (Source : INSEE : état civil 2018)

Nombre de **décès tous âges, toutes causes** 2014 : Hommes 1674, Femmes 1640. (Source INSEE-INSERM-CépiDc /Stattiss 2017)

Nombre de **décès tous âges pour troubles mentaux et du comportement** en 2014 : Hommes 50 (métropole : 8.880) ; Femmes 27 (Métropole : 1322). (Source INSEE-INSERM-CépiDc /Stastiss 2017)

Nombre de **décès tous âge pour troubles mentaux et du comportement en rapport avec l'abus d'alcool** en 2014 : Hommes 21 (métropole : 1.994) ; Femmes 1 (Métropole : 468). (Source INSEE-INSERM-CépiDc /Stastiss 2017)

Décès par alcoolisme et cirrhose pour 10.000 habitants de 40 à 64 ans en 2014 : 2% (3% métropole).

SUICIDE

Le nombre annuel de décès par suicide en Martinique est de 20 en 2015.

Le nombre annuel d'hospitalisations pour tentative de suicide est de 275 (2015-2017).

Entre 2000 et 2015, le taux annuel de mortalité par suicide, standardisé sur l'âge, a varié de 9,3 à 5,9 pour 100000 habitants en Martinique. Une légère tendance à la baisse s'observait selon le sexe :

- Chez les hommes, il a varié de 17,5 en 2000 à 12,1 pour 100 000 hommes en 2015 ;
- Chez les femmes, il s'élevait à 2,5 suicides en 2000 et à 1,0 pour 100 000 femmes en 2015.

Source : BSP, Santé Publique France, 2019

	Martinique 2015	France 2015
Taux de recours pour tentative de suicide (18-64 ans) (%)		1,5
<i>Source : PMSI-MCO - 2015</i>		

	Martinique 2012	France 2012
Taux standardisé de mortalité prématurée par suicide*	6	1532
<i>Source : CépIdc, Score-Santé - 2012</i>		

*pour 100 000 habitants

Âge moyen au décès des personnes

	Martinique	France
PEC. pr. troubles névrotiques et de l'humeur	69	70
sous traitements psychotropes	77	77
<i>Source : Insee, Etat Civil, Score-Santé - 2014</i>		

	Martinique	France
PEC. pr. troubles mentaux sévères	62,6	65,1
population générale	82	81,5
<i>Source : Insee, Etat Civil, Score-Santé</i>		

ADDICTIONS

Fréquence d'usage en % en 2014	15-30 ans	31-45 ans	45-60 ans	61-75 ans	Ensemble
Tabac	18%	22%	11%	6%	15%
Alcool	41%	39%	30%	35%	36%
Cannabis régulier	5,5%	2,3%	0,7%	-	2,5%

Source : Note 2016 OFDT/Enquête escapad 2014 /baromètre santé DOM 2014

CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES

Fréquence d'usage en % en 2014	15-30 ans Martinique	15-30 ans Hexagone
Consommation de médicaments psychotropes au cours de leur vie	15%	3,9%
Consommation de médicaments psychotropes au cours des 12 derniers mois	1,4%	9,5%

Source : Focus Santé 2016 OSM (insertion sociale et professionnelle des jeunes en Martinique)

Fréquence d'usage en % en 2014 en Martinique	Hommes	Femmes	Ensemble
Consommation de médicaments psychotropes au cours de leur vie	35%	5%	22%
Consommation de médicaments psychotropes au cours des 12 derniers mois	7%	4%	5%

Source : Baromètre Santé DOM 2014

Les psychotropes les plus utilisés sont les anxiolytiques, les hypnotiques et les antidépresseurs.

La consommation varie en fonction du sexe et de l'âge : les femmes consomment plus d'hypnotique et les jeunes ont une consommation de psychotrope moindre.

TAUX D'ALLOCATAIRES DE L'ALLOCATION ADULTE HANDICAPE (AAH)

10 476 bénéficiaires ont un droit ouvert à l'AAH, enregistrés à la MMPH de Martinique au 31 juillet 2019, dont 3 757 atteints d'une déficience du psychisme. Il s'agit là du nombre de décisions d'accord en cours de validité.

Le délai moyen de traitement d'un dossier MDPH : en 2019, le délai moyen de traitement est de 7,78 mois.

9 302 personnes âgées entre de 20 et 64 ans ont un droit ouvert à l'AAH par la CDAPH au 31 juillet 2019.

LE STRESS POST-TRAUMATIQUE

La prévalence du TSPT (trouble stress post traumatique) au sein de la population martiniquaise était de 1,1 % en 1999 et 2000.

Cependant, l'impact des événements traumatiques récents tels que les passages successifs des ouragans (Irma et Maria) au sein des Petites Antilles, associés aux forts taux d'homicides et d'accidents de la voie publique, ont contribué à accroître la prévalence du TSPT et le nombre de consultations en psycho traumatologie. En effet, une augmentation importante des demandes de consultations (+ 50% sur 1 an) a été constatée. En 2017, 436 patients ont demandé une consultation, 80% des patients demandeurs font état d'un traumatisme psychique. 2422 consultations ont été réalisées dans l'année.

PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE A DESTINATION DES AIDANTS (ETP)

Il n'y a pas de programme d'éducation thérapeutique à destination des aidants en Martinique.

SEMAINES D'INFORMATION EN SANTE MENTALE (SISM)

	Martinique 2016	France 2016
Nombre d'actions SISM	7	1207
Densité d'actions SISM*	1,82	1,95

*pour 100 000 habitants

PROGRAMMES DE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES PSYCHOSOCIALES

- ➔ TC-REG⁵ déployé par l'IREPS Martinique et l'ARS Martinique
 - Public bénéficiaire : de 6 ans à 18 ans et +
 - Milieu d'intervention : Ecole
 - Discussion en groupe
 - Compétences Psychosociales travaillées : cognitives, émotionnelles et sociales
 - Evaluation de l'implantation
 - Financement : ARS et INCA
- ➔ CARDIE⁶ déployé par le Rectorat
 - Public bénéficiaire : de 12 ans à 18 ans
 - Milieu d'intervention : Ecole
 - CPS⁷ travaillées : cognitives, émotionnelles et sociales
 - Financement : Rectorat
- ➔ Addictions et compétences psychosociales : UNPLUGGED et BD Hors-Jeu, déployé par le Rectorat et l'ARS Martinique
 - Public bénéficiaire : de 12 ans à 14 ans
 - Milieu d'intervention : Ecole
 - Jeux de rôle, Discussion en groupe, créations artistiques
 - CPS travaillées : cognitives, émotionnelles et sociales
 - Evaluation de l'implantation et de l'efficacité
 - Financement : ARS
- ➔ Expérimentation d'intervention auprès des jeunes et de leur famille (le programme débutera en sept 2019)

⁵ Dispositif de transfert de connaissances sur les modalités de pilotage et de mise en œuvre de la prévention en région

⁶ Cellule Académique Recherche-Développement en Innovation et Expérimentation

⁷ Compétences psycho-sociales

- ➔ Formation des médecins généralistes libéraux dans le cadre de leur DPC (partenariat entre l'URML et le CHUM)
- ➔ Programme « pro famille » mis en place en 2019 par le CHMD : (Programme psychoéducatif pour les familles ayant un proche souffrant de schizophrénie)
- ➔ Téléphone pour les familles mis en place par le CHMD

PROGRAMMES DE MINDFULNESS (PLEINE CONSCIENCE)

- ➔ Centre de gestion anti-douleur et service psychiatrie du CHU Martinique : Développement de programmes pour les patients des deux services par le Dr BALLY, instructeur MBSR et MBCT, sur vacations. 3 à 4 programmes par année par groupes de 10 et 14 patients.
- ➔ Unité de tabacologie du CHU Martinique : Nouveau programme en cours de mise en place par les Dr LEVEQUE et Dr BALLY en prévention des récives. Groupes en cours de constitution (une dizaine de patients prévus) – projet financé par le Fond Tabac suite à l'appel à projets 2018 ARS Martinique
- ➔ Initiatives privées : association pleine conscience Martinique développant des programmes MBSR et MBCT en ville

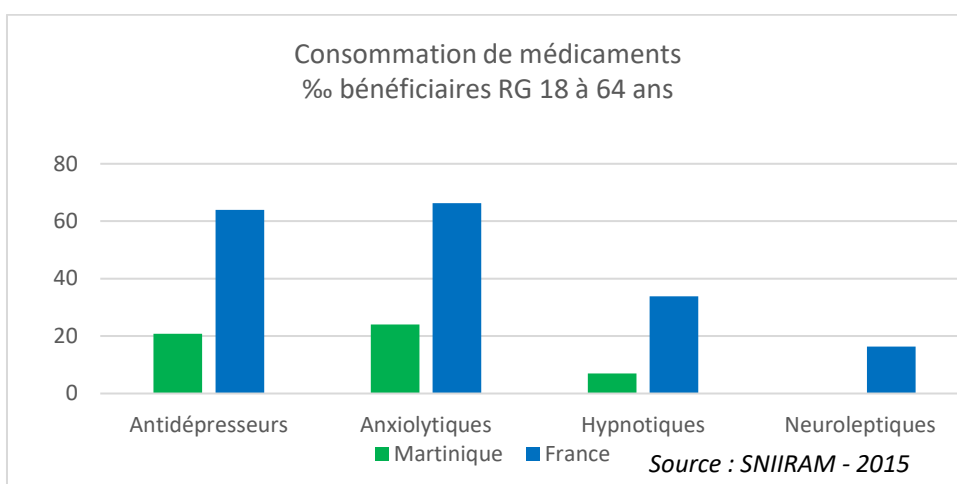
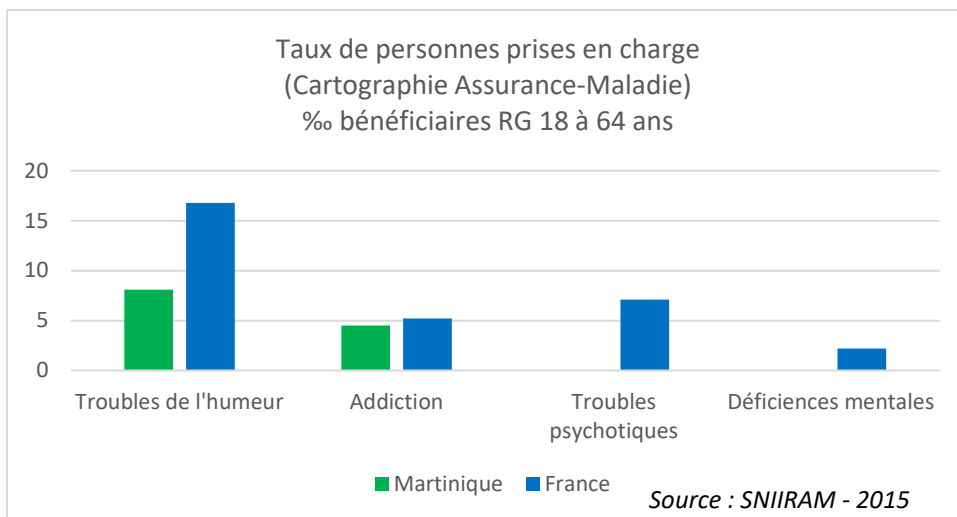
ACTEURS DE PREVENTION PRESENTS

- ➔ La ville du Lamentin a acté le principe de la mise en place d'un Conseil Local de Santé Mentale
- ➔ L'Union Régionale des Médecins Libéraux
- ➔ L'association SOS KRIZ qui compte plus de 40 bénévoles qui assurent une permanence téléphonique
- ➔ Le CHUM qui porte 2 dispositifs : le centre de psycho traumatisme et le dispositif Vigilans (dispositif de recontact des suicidant)
- ➔ L'association LAMEVI (association des mille et une victimes d'incestes)
- ➔ Le CRAVS Martinique : Centre Régional pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles
- ➔ Le CHMD porteur du projet « Pro famille » et d'un programme d'ETP

RECOURS ET PRISE EN CHARGE

LE RECOURS AUX SOINS

La demande de soins de psychiatrie dans les territoires est mesurée par le taux de recours soit en termes de nombre de patients ou du nombre de journées. Elle se répartie selon les 4 grandes catégories de prise en charge ; l'hospitalisation à temps complet, le temps partiel, les soins ambulatoires et les soins en cabinet de ville.



	Martinique 2015	France 2015
Taux de recours aux psychiatres libéraux* (%)	6	18,3

*pour troubles de l'humeur ou addictions

Source : SNIIRAM – 2015

Taux de recours* global en établissement

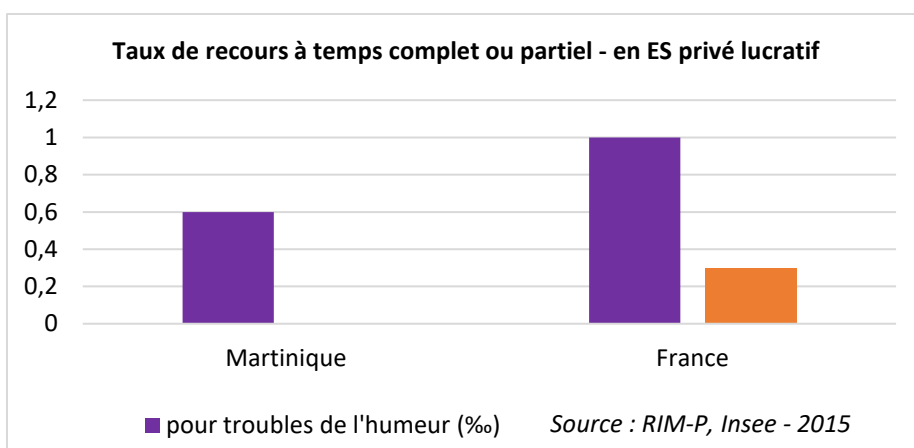
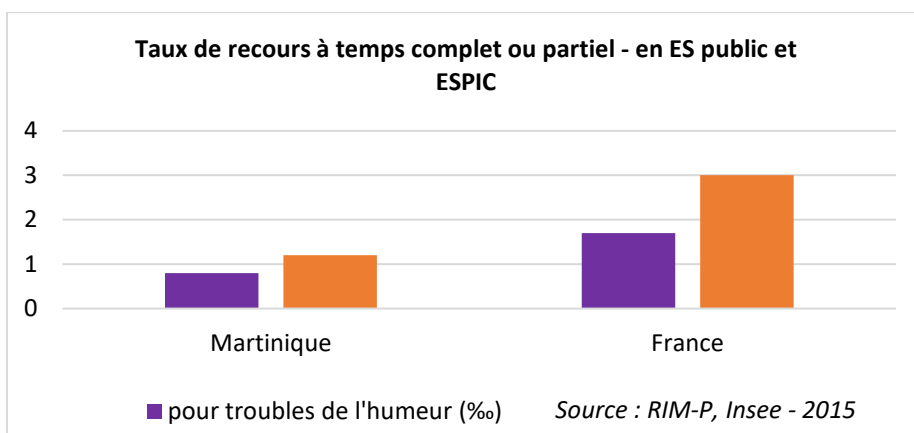
	Martinique 2015	France 2015
pour addiction (‰)	1,2	3,2
pour troubles de l'humeur (‰)	6,8	11,7

Source : RIM-P, Insee – 2015

	Martinique 2015	France 2015
pour TED, déficiences et autres TMS (‰)	1,5	1,2
pour troubles psychotiques (‰)	14,2	8,7

* ‰ bénéficiaires RG 18-64 ans

Source : RIM-P – 2015



Taux standardisé de recours* en hospitalisation temps plein

	Martinique ‰	France ‰
pour troubles de l'humeur	1,2	2,3
pour addiction	0,2	0,9

Source : RIM-P, Insee – 2015

	Martinique ‰	France ‰
pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère	3,5	2,9
pour autres TMS (TED et déficiences)	0,1	0,3

* ‰ bénéficiaires RG 18-64 ans

Source : RIM-P – 2015

Taux standardisé de recours* ambulatoire

	Martinique ‰	France ‰
pour troubles de l'humeur	5,6	10,4
pour addiction	1,1	2,8

Source : RIM-P, Insee – 2015

	Martinique ‰	France ‰
pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère	13	7,6
pour autres TMS (TED et déficiences)	1,5	1

* ‰ bénéficiaires RG 18-64 ans

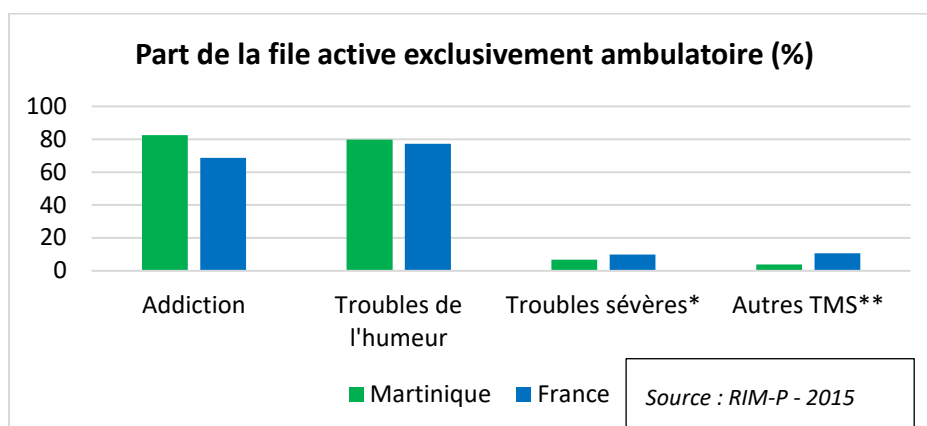
Source : RIM-P - 2015

LA PRISE EN CHARGE EN ETABLISSEMENT DE SANTE

En 2016, la file active totale des patients suivis en psychiatrie sur la région Martinique en établissement est de **9676** patients dont **8170** sont suivis **exclusivement** en ambulatoire.

Répartition par établissement

Établissement	Fila active totale	Exclusivement ambulatoire
CH Maurice Despinoy	9306	8170
CHUM	233	
Clinique ANSE COLAS	385	
TOTAL	9676	8170



* Troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère

** Autres troubles sévères (TED, déficience...)

Admission par les urgences

	Martinique 2015	France 2015
troubles de l'humeur (%)	15,4	11,7
addiction (%)	20,2	12,1
troubles mentaux sévères* (%)	2,7	12,7

* Troubles psychotiques, bipolaires et dépressifs sévères.

Source : RIM-P – 2015

Durée moyenne annuelle d'hospitalisation (DMAH)

	Martinique (en jours)	France (en jours)
pour troubles de l'humeur	29,2	33,2
pour addiction	26,7	37,4

Source : RIM-P – 2015

	Martinique (en jours)	France (en jours)
pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère	66,7	70,5
pour autres TMS (TED et déficiences)	85,7	127,3

Source : RIM-P – 2015

Taux de réhospitalisation à 15 jours

	Martinique %	France %
pour troubles de l'humeur	1,7	6,6
pour addiction		7,9

Source : RIM-P – 2015

	Martinique 2015	France 2015
pour troubles mentaux sévères* (%)	12,9	17,3

* Troubles psychotiques, bipolaires et dépressifs sévères.

Source : RIM-P - 2015

Taux de réhospitalisation à 30 jours

	Martinique %	France %
pour troubles de l'humeur	4	11
pour addiction	2	13

Source : RIM-P – 2015

	Martinique 2015	France 2015
pour troubles mentaux sévères* (%)	9,8	11,1

Source : RIM-P – 2015

Part de patients hospitalisés au long cours (depuis plus d'1 an)

	Martinique %	France %
pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère	3,5	2,9
pour autres TMS (TED et déficiences)	0,1	0,3

Source : RIM-P – 2015

Pour troubles de l'humeur

	Martinique 2012-2013	France 2012-2013
Part de patients sans suivi en amont* (%)	18,6	14,1
Part de patients sans suivi spécialisé en aval** (%)	52	41,8
Part de séjours avec consultation dans les 15 jours qui suivent la sortie*** (%)	35,7	49,4
Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (%)	4,5	4
Part de patients sans contact avec médecin traitant 2 mois après sortie	87,3	50,5

Source : SNIIRAM, RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps pleins pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères, ou troubles envahissant du développement et autres déficiences - 2012-2013

Pour addictions

	Martinique 2012-2013	France 2012-2013
Part de patients sans suivi en amont* (%)	43,4	16,3
Part de patients sans suivi spécialisé en aval** (%)	43,4	51,6
Part de séjours avec consultation dans les 15 jours qui suivent la sortie*** (%)	34	43,8
Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (%)	34	6,5
Part de patients sans contact avec médecin traitant 2 mois après sortie	96,2	58

* Sans suivi-amont : aucun contact avec médecin généraliste, psychiatre ou CMP l'année précédant l'hospitalisation
 Source : SNIIRAM, RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps pleins pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères, ou troubles envahissant du développement et autres déficiences - 2012-2013

Pour TMS (troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère)

	Martinique 2012-2013	France 2012-2013
Part de patients sans suivi en amont* (%)	23,1	20
Part de patients sans suivi spécialisé en aval** (%)	28,2	40
Part de séjours avec consultation dans les 15 jours qui suivent la sortie*** (%)	46,4	43,4
Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (%)	29,2	14,5
Part de patients sans contact avec médecin traitant 2 mois après sortie (%)	84,5	66,8

Source : SNIIRAM, RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps pleins pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères, ou troubles envahissant du développement et autres déficiences - 2012-2013

Pour autres TMS (TED et déficiences)

	Martinique 2012-2013	France 2012-2013
Part de patients sans suivi en amont* (%)	30,3	39
Part de patients sans suivi spécialisé en aval** (%)	48,5	63,7
Part de séjours avec consultation dans les 15 jours qui suivent la sortie*** (%)	36,4	27,7
Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (%)	42,4	34,6
Part de patients sans contact avec médecin traitant 2 mois après sortie (%)	93,9	75,1

* Sans suivi-amont : aucun contact avec médecin généraliste, psychiatre ou CMP l'année précédant l'hospitalisation
Source : SNIIRAM, RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps pleins pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères, ou troubles envahissant du développement et autres déficiences - 2012-2013

L'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS SOMATIQUES - TROUBLES MENTAUX FREQUENTS

Pour troubles de l'humeur

	Martinique 2012-2013	France 2012-2013
Part de patients ayant eu les 3 actes de prévention classique* (%)	58,4	53,9
Part de patients ayant eu des actes de prévention complémentaire** (%)	16,7	18,4
Part de patients ayant eu des actes de dépistage et vaccination*** (%)	29	33,4
Part de patients ayant eu des soins somatiques courants**** (%)	54,8	48,9

Source : SNIIRAM, RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps pleins pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères, ou troubles envahissant du développement et autres déficiences - 2012-2013

Pour addictions

	Martinique 2012-2013	France 2012-2013
Part de patients ayant eu les 3 actes de prévention classique* (%)	24,5	46,8
Part de patients ayant eu des actes de prévention complémentaire** (%)	7,5	17,2
Part de patients ayant eu des actes de dépistage et vaccination*** (%)	7,5	16,8
Part de patients ayant eu des soins somatiques courants**** (%)	37,7	40,9

* Les 3 actes retenus sont : hémogramme, glycémie, cholestérol dans les deux ans qui suivent la sortie de l'hospitalisation.

Source : SNIIRAM, RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps pleins pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères, ou troubles envahissant du développement et autres déficiences - 2012-2013

Pour TMS (troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère)

	Martinique 2012-2013	France 2012-2013
Part de patients ayant eu les 3 actes de prévention classique* (%)	35,1	43,6
Part de patients ayant eu des actes de prévention complémentaire** (%)	11,2	15,3
Part de patients ayant eu des actes de dépistage et vaccination*** (%)	15,5	22,9
Part de patients ayant eu des soins somatiques courants**** (%)	891	103360

Source : SNIIRAM, RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps pleins pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères, ou troubles envahissant du développement et autres déficiences - 2012-2013

Pour autres TMS (TED et déficiences)

	Martinique 2012-2013	France 2012-2013
Part de patients ayant eu les 3 actes de prévention classique* (%)	21,2	30,1
Part de patients ayant eu des actes de prévention complémentaire** (%)	9,1	10,9
Part de patients ayant eu des actes de dépistage et vaccination*** (%)	3	13,4
Part de patients ayant eu des soins somatiques courants**** (%)	33	11124

* Les 3 actes retenus sont : hémogramme, glycémie, cholestérol dans les deux ans qui suivent la sortie de l'hospitalisation.

** ECG, bilan rénal et au moins un autre acte de la liste suivante : ... [à compléter]

*** Dépistage cancer du sein et du col de l'utérus, vaccination DT polyo dans les 2 années qui suivent la sortie d'hospitalisation.

**** Soins dentaires, gynécologiques (y compris contraception orale ou DIU), ophtalmologiques dans les 2 années qui suivent la sortie d'hospitalisation."

Source : SNIIRAM, RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps pleins pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères, ou troubles envahissant du développement et autres déficiences - 2012-2013

LES SOINS SANS CONSENTEMENT

Nombre de patients sans consentement en Martinique = 724

Taux recours aux soins sans consentement (hors UMD)

	Martinique *	France *
soins sans consentement (tous modes légaux confondus)	183,4	132,9
soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)	45,3	23,1
soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT)	144,7	87,2
soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI)	2	28,5

*pour 100 000 habitants

Source : RIM-P – 2015

Taux d'hospitalisation sans consentement (hors UMD)

	Martinique *	France *
soins sans consentement (tous modes légaux confondus)	168,5	114,7
soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)	37,9	17,3
soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT)	137,4	75,9
soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI)	1,3	26,5

*pour 100 000 habitants

Source : RIM-P – 2015

Hospitalisation à l'isolement

	Martinique 2015	France 2015
Part de patients en programmes de soins** (%)		40,5
Part de patients hospitalisés à temps plein mis à l'isolement (%)		7,5
Part de journées d'hospitalisation temps plein avec mise à l'isolement (%)		5,3
Part des mains-levées du Juge des libertés et de la détention (%)		8,7

** parmi les patients en soins sans consentement (hors UMD)

Source : RIM-P – 2015

LIEUX ET DISPOSITIFS DE COORDINATION DES PARCOURS (GENERALISTES OU SPECIALISES)

COMMUNAUTES PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTE (CPTS)

Il existe 1 CPTS qui œuvre sur l'ensemble du territoire et dont les locaux sont situés à Fort de France.

PLATEFORMES TERRITORIALES D'APPUI A LA COORDINATION DES PARCOURS COMPLEXES (PTA)

1 plateforme est en cours de construction

SERVICES INTEGRES D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION (SIAO)

Il existe 2 SIAO sur le territoire :

- ➔ 1 à Fort de France, au CHUM
- ➔ 1 à la Trinité au CH

CONSEIL LOCAL DE SANTE MENTALE- CLSM⁸

Un Conseil Local de Santé Mentale est en phase de préfiguration au Lamentin, il fait partie du plan d'action prioritaire 2019-2020 de la Ville.

Conseils locaux de santé mentale (CLSM)		
	Martinique 2016	France 2016
Population couverte par un CLSM (%)	26,6	24,3
<i>Source : INSEE, CCOMS - 2016</i>		

CONTRATS LOCAUX DE SANTE - CLS⁹

2 CLS ASV qui comprennent la santé mentale en axe prioritaire.

- CLS de Fort-de-France avec 9 fiches projets :
 - ▶ Organiser une prise en charge globale et continue des usagers
 - ▶ Permettre aux acteurs de trouver des solutions partenariales autour de cas concrets qu'ils rencontrent sur le territoire de la Ville
 - ▶ Réaliser un guide des acteurs en santé mentale du territoire Centre/ Département de la Martinique
 - ▶ Remettre en place l'EMUP – Equipe d'Urgence Psychiatrique
 - ▶ Organiser des rencontres avec la population afin de faire connaître les troubles psychiatriques, les recours possibles et éviter les stigmatisations
 - ▶ Renforcer la prévention de la santé mentale chez les jeunes
 - ▶ S'appuyer sur un réseau d'acteurs solidaires des victimes de violence sexuelles afin de mieux faire connaître les modalités de prise en charge de ces victimes
 - ▶ Accompagner les patients hospitalisés, les administrés afin de les informer et mettre à leur portée des conseils juridiques
 - ▶ Mettre en place un éventail de dispositifs pour éviter la rupture de soins
- ASV du Lamentin avec 2 fiches projet :
 - ▶ Développer des campagnes d'information et de prévention en santé mentale
 - ▶ Développer les compétences psychosociales à l'attention des parents

4 CLS en phase de préfiguration :

- Robert,
- Sainte-Marie,

⁸ Cf. glossaire

⁹ Cf. glossaire

- ➔ Gros Morne,
- ➔ Ducos (en cours de diagnostics communaux)

CREHPSY ET AUTRES DISPOSITIFS AYANT UNE FONCTION D'APPUI AUX ACTEURS DU PARCOURS DE SANTÉ DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIQUES

CRIAVS Martinique : Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des auteurs de Violences Sexuelles :
Conseil téléphonique pour les professionnels de santé (permanence téléphonique du CHUM)

L'OFFRE SANITAIRE

L'activité de psychiatrie peut être exercée par l'ensemble des établissements de santé, universitaires ou non, indépendamment de leur statut juridique, et par les hôpitaux des armées. L'offre hospitalière s'organise sur la base d'une sectorisation géographique: le « secteur psychiatrique ». Ce dernier, mis en place par la circulaire de mars 1960 constitue l'unité de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique. Reformulé par la Loi de Modernisation du Système de Santé de 2016, la mission de psychiatrie de secteur a été redéfinie. Elle concourt à la politique de santé mentale définie à l'article L. 3221-1 du code de santé publique et consiste à garantir à l'ensemble de la population :

1° Un recours de proximité en soins psychiatriques, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, assuré par des équipes pluri professionnelles, en coopération avec les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé.

2° L'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques ;

3° La continuité des soins psychiatriques, notamment pour les patients dont les parcours de santé sont particulièrement complexes, y compris par recours à l'hospitalisation, avec ou sans consentement.

Les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur participent aux actions menées en matière de prévention, de soins et d'insertion dans le cadre du projet territorial de santé mentale et par les équipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriales de santé.

Afin que l'ensemble de la région soit couvert par l'offre de psychiatrie, l'agence régionale de santé affecte à chaque établissement désigné une zone d'intervention s'articulant autour des deux grandes disciplines de la psychiatrie ; la psychiatrie générale et la pédopsychiatrie.

Trois grands modes de prise en charge en psychiatrie mobilisés ou non de façon exclusive, peuvent être distingués : l'ambulatoire, l'hospitalisation à temps complet et enfin l'hospitalisation à temps partiel.

*- **L'ambulatoire** définit l'ensemble des prises en charge qui ne font pas intervenir d'hospitalisation. Le plus souvent, les malades sont vus dans le cadre de consultations en centre médico-psychologique (CMP) ou en ville.*

*- **Les hospitalisations à temps complet** offrent une prise en charge graduée selon l'intensité des soins et un lieu d'hébergement du patient dans des structures de l'hôpital ou en dehors.*

*- **Les hospitalisations à temps partiel** se font au sein de structures plus ou moins médicalisées, ne donnant pas lieu à un hébergement, à l'exception de l'hôpital de nuit.*

Il existe 3 établissements qui offrent des prises en charge psychiatriques: la clinique ANSE COLAS, le CHUM, et le CHMD avec chacun son champ d'intervention.

L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE EN SANTE MENTALE

Une porte d'entrée unique pour les urgences situées au CHUM , les gardes sont assurées par le CHUM et le CHMD conformément à une convention signée entre les 2 établissements. Un déménagement des locaux est prévu (actuellement les urgences psy se situent au même endroit que les urgences MCO) a très courts termes.

LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Pour l'offre de soins psychiatriques en établissements de santé, deux acteurs interviennent en complément du CHMD : le CHU de Martinique et la Clinique de l'Anse Colas ouverte en 2009.

➡ L'équipement en psychiatrie du CHUM Depuis 2011, les missions de psychiatrie, à savoir l'hospitalisation des patients souffrant de troubles anxio-dépressifs résistant, ainsi que la liaison psychiatrique dans les services MCO, se sont élargies à la demande de l'ARS, aux urgences psychiatriques en décembre 2012, à la CUMP en 2013 et au Service Médico-Psychiatrique Régional (SMPR) en juin 2015. La responsabilité des urgences psychiatriques a conduit à la création du Centre de Crise. Son ouverture, début 2013, permet la prise en soins des situations de crises, en particulier suicidaires, et de diriger, une fois la crise apaisée, les patients souffrant d'une pathologie anxio-dépressive résistante vers l'Unité Anxiété-Dépression Résistante. Le centre de consultations ambulatoires dédié à la prise en soins des patients souffrant d'une pathologie psycho-traumatique devrait recevoir ses premiers patients dès que les dernières questions techniques auront trouvé une solution. Celui-ci vient compléter la consultation de psychiatrie générale et de psychologie existant depuis l'ouverture du service. Les mêmes locaux accueilleront le Centre de Ressources pour les Intervenants pour les Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS), dès que le personnel sera recruté. Des urgences aux consultations ambulatoires psychiatriques et psychothérapiques, deux filières de soins se dessinent. La première de psychiatrie générale centrée sur l'anxiété et la dépression, la deuxième sur le psycho-traumatisme récent et/ou ancien et répété, ayant induit des remaniements de personnalité et des troubles associés tels que des troubles de l'humeur et du contrôle émotionnel, des somatisations et des comportements addictifs avec ou sans produits. L'offre de soins du service de psychiatrie trouve au sein du futur département l'offre du service d'addictologie, fondée par le Pr Charles-Nicolas.

➡ **Le service est développé en 15 unités fonctionnelles ; il est reparti sur 4 sites hospitaliers.**

- Plusieurs **Diplômes d'Université** sont animés et ont été créés : Thérapie Comportementale et Cognitive ; Addictologie – Psycho-traumatologie ; Psychiatrie légale - victimologie – criminologie ; Psychiatrie de l'enfant (Adolescent difficile).
- La vocation du service : Être une structure sanitaire de recours et d'excellence, spécialisée dans certains domaines de la psychiatrie comme la suicidologie, la psycho-traumatologie, l'intervention de crise, la psychiatrie de liaison et l'addictologie. Le service tend à évoluer vers un département ou un pôle avec deux services: la psychiatrie et l'addictologie pour lesquels deux coordonnateurs ont été identifiés.
 - L'Offre de soins urgence psychiatrique est organisée autour du CHUM depuis 2013, les gardes psychiatriques sont assurées pour les $\frac{3}{4}$ par le CHUM et $\frac{1}{4}$ par le CHMD.
 - Deux lits au sein de l'UHTCD
 - Sept lits dédiés au travail de crise
 - 1 filière problématiques suicidaires
 - 1 filière épisodes d'allure psychotique
 - 1 filière psycho-traumatisme
 - 1 filière décompensation aiguë
 - Psychiatrie de liaison
 - Liaison PZQ (10 demi-journées + 1 demi-journée Obésité au 4C)
 - Liaison Mangot Vulcin (2 demi-journées)
 - Liaison Maternité MFME (6 demi-journées) et en Néonatalogie (deux demi-journées) et CAMPS (1 demi-journée)
 - Liaison Clarac Oncologie (deux demi-journées par mois)
 - Participation au RCP de chirurgie bariatrique une fois par mois
 - Consultations externes seniors : 4 demi-journées
 - Consultations externes MFME : 2 demi-journées
 - Psychogériatrie
 - Consultations externes une demi-journée par semaine
 - Consultations spécialisées dans le cadre de la psychiatrie de liaison y compris aux Urgences
 - Avis spécialisés dans le cadre de l'hôpital de jour gériatrique à Mangot-Vulcin
 - Anxiété dépression résistantes (UAD-R)
 - Développement du projet Vigilans Martinique : dispositif de veille par re-contact systématique des patients qui ont été admis pour une tentative de suicide aux urgences de l'hôpital
 - Dispositif de prise en charge globale du psychotraumatisme en Martinique
 - Unité sanitaire de psychiatrie SMPR
 - Hôpital de jour de 15 places et CMP
 - Addictologie sanitaire
 - Unité de traitement des addictions (15 à 17 lits)
 - Unité de référence de patients comorbides addictions-psychiatrie (projet)
 - Consultation hospitalière d'addictologie et unité de coordination de tabacologie
 - Equipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA)
 - Addictologie médicosociale : CSAPA
 - Les perspectives de créations pour 2019 à 2023 :
 - Consolider l'unité d'urgence médico psychologique, identifier des locaux conformes aux exigences d'accueil et de soins ;
 - Construire une équipe mobile d'intervention de crise et d'aide à la régulation du centre 15 ;
 - Créer une filière d'accueil des personnes victimes de violence et psychotraumatisme ;
 - Initier la pédopsychiatrie d'urgence - crise ;

- Renforcer la psychiatrie pénitentiaire (SMPR de 15 lits) ;
- Ouvrir le Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles ;
- Re-ouvrir l'Unité Sanitaire d'Hospitalisations Addictologiques pour sevrages complexes ;
- Mettre en place une Unité d'Hospitalisation pour patients Co-morbides ;
- Développer l'unité de tabacologie.

➔ La Clinique Anse Colas dispose de 48 lits d'hospitalisation temps plein et d'un hôpital de jour de 15 places.

➔ Le CHMD **compte 333 lits et places** : 235 lits hospitaliers et 80 places adultes AFT, 8 places d'appartements thérapeutiques, 10 places HAD pédopsychiatrie. L'établissement est le seul habilité aux soins psychiatriques sans consentement. Le CHMD exerce aujourd'hui ses missions, à partir d'une trentaine de sites d'hospitalisation complète ou partielle et extrahospitaliers qui couvrent tout le département. Il est organisé en 5 pôles médicaux:

- Pôle Nord Atlantique/Sud
- Pôle Centre/Nord Caraïbes
- Pôle Intersectoriel
- Pôle Pédopsychiatrie
- Pôle Médico-social
- CHMD gère un CMP à Sainte Marie mais est aussi confronté aux problèmes de l'hospitalisation. Une équipe mobile d'urgence psychiatrique (EMUP) avait été créée au sein du SAMU sous la responsabilité du médecin régulateur et du psychiatre des urgences pour régler ,en partie, les difficultés liées aux urgences et les hospitalisations en Martinique mais par faute de moyen cette équipe a été supprimée.

➔ SSR La valériane peut être un soutien dans le parcours du patient souffrant de troubles mentaux

Activité par établissement en 2016

	File active totale	Dont exclusivement ambulatoire
CH Maurice DESPINOY	9 306	8 170
CHUM	233	
Clinique Anse Colas	385	
TOTAL REGION	9 676	8 170

LA FILIERE SANITAIRE

CHUM

- 10 lits dans l'Unité de soins pour malades anxio dépressifs
- 10 lits autorisés/7 installés dans le Centre de Crise
- 19 lits dans l'Unité Médicale Post urgence
- 6 lits de sevrage sur le site de Trinité
- 1 équipe de liaison ELSA
- 1 CUMP
- Des consultations de sevrage : site de Trinité et PZQ

CH Saint Esprit

- 1 consultation spécialisée
- 20 lits de SSR en conduites addictives

Clinique Anse Colas

- 10 lits d'hospitalisation pour patients dépressifs

CHMD (CH Maurice Despinoy) = EPDSM

Il est organisé en 5 pôles médicaux : Nord Atlantique/Sud, Centre/Nord Caraïbes, pôle intersectoriel, 1 pôle de Pédopsychiatrie, 1 pôle médicosocial + 2 pôles administratifs : pôle Ressources et pôle médicosocial.

- Site de Balata : 72 lits de long séjour +15 lits de géronto psychiatrie
- Site de Mangot Vulcin : 130 lits de court séjour et 15 lits USIP (unité de soins intensifs de psychiatrie)
- Site de Mangot Vulcin 10 lits de pédopsychiatrie (5 lits d'hospitalisations complètes, 5 lits d'accueil séquentiels)
- 3 HDJ/ Trinité, Perrinon, Lamentin : 45 places au total
- 37 familles d'AFT (80 patients pris en charge)
- 1 équipe Mobile Hospitalisation Adolescent « EMHA »
- 8 CMP/CATTP pédopsychiatrie et 7CMP/CATTP adulte (+ 1 antenne de CMP)

LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

Les CMP¹⁰ organisent des consultations avancées qui accompagnent les familles des personnes dépendantes

	Martinique 2015	France 2015
Nb. de CMP	12	2169
Densité de CMP (pour 100 000 hab.)	4	4,2
Part des CMP ouverts plus de 5 jours par semaine (%)	83	81
Nb. de CATTP	9	1234
Densité de CATTP (pour 100 000 hab.)	3	2,4
Nb. Équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP)	1	152

Source : SAE – 2015

¹⁰ Cf. glossaire

1 filière ambulatoire pédopsychiatrie constituée de : 8 CMP/CATTP de proximité	1 filière ambulatoire adultes constituée de : 7 CMP-CATTP et 1 antenne de CMP
1.SAINT-PIERRE	1. LAMENTIN
2.ACAJOU	1. RIVIERE-SALEE
3.ROBERT	2. (ANTENNE) MARIN
4.HIBISCUS(FDF)	3. TRINITE
5.RIVIERE-SALEE	4. FRANCOIS
6.MARIGOT	5. PERRINON
7.GLACIERE	6. MONTGERALD
8.FRANCOIS	7. SAINT-PIERRE

PRISE EN CHARGE A TEMPS PARTIEL ¹¹

Capacités d'accueil pour les prises en charge à temps partiel :

Les prises en charge à temps partiel, rattachées au CHMD se font au sein de structures plus ou moins médicalisées, ne donnant pas lieu à un hébergement, à l'exception de l'hôpital de nuit. Parmi elles :

- l'hôpital de jour prodigue des soins polyvalents et intensifs durant la journée, un ou plusieurs jours par semaine;
- l'hôpital de jour autisme
- l'hôpital de nuit consiste en une prise en charge thérapeutique de fin de journée et une surveillance médicale de nuit, voire en fin de semaine ;
- les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) dispensent des activités thérapeutiques (soutien et thérapie de groupe) et occupationnelles ayant pour but de favoriser la reconstruction de l'autonomie et la réadaptation sociale ;
- les ateliers thérapeutiques fournissent des activités thérapeutiques (ex. ergothérapie) et occupationnelles (activités artisanales, artistiques ou sportives) ayant pour but de favoriser l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale

	Martinique 2015	France 2015
Densité de places hospitalisation partielle (J/N) pour 100 000 habitants	9,9	37,3

¹¹ Cf. glossaire

Capacités d'accueil pour les prises en charge à temps complet

La prise en charge à temps complet se compose quasi-exclusivement de l'hospitalisation à temps plein. Elle s'effectue dans des lieux de soins où les patients sont placés sous surveillance 24 heures sur 24. Elle est réservée aux situations aiguës et aux malades les plus atteints, qui requièrent des soins intensifs. Les autres modes de recours à temps complet prennent place tant à l'hôpital qu'en dehors, principalement dans les structures suivantes :

- ▶ CHUM
 - Centre de post-cure : unité de moyen séjour destinée à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome
- ▶ CHMD
 - L'hospitalisation complète adulte est organisée sur deux sites :
 - le site de Mangot Vulcin : 130 lits (115 lits de court séjour et 15 lits USIP) ;
 - le Site de Balata : 95 lits (70 lits long séjour, 25 lits Géronto-psychiatrie).
 - Hospitalisation à domicile (HAD) : prise en charge thérapeutique au domicile du patient associée, s'il y a lieu, à des prestations d'entretien nécessitées par son état de dépendance ;
 - Appartement thérapeutique : unité de soins hors de l'hôpital mise à la disposition de quelques patients pour une durée limitée. Il vise à permettre au patient de mener une vie normale autant que possible, mais nécessite néanmoins le passage quotidien de personnels ;
 - Accueil familial thérapeutique : placement dans des familles d'accueil des patients de tous âges, dont le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible.
 - L'hospitalisation de pédopsychiatrie est organisée comme suit :
 - 1 Unité d'hospitalisation de 10 lits (Pédopsychiatrie) à Mangot Vulcin :
 - 5 hospitalisations complètes
 - 5 accueils séquentiels
 - 1 Equipe Mobile Hospitalisation Adolescents « EMHA »
- ▶ Clinique Anse Colas
 - Hospitalisation : prise en charge de la dépression

	Martinique 2015	France 2015
Densité de lits à temps complet*	109,3	105,8
% lits en établissements monodisciplinaires	97	66,4
% lits en secteur privé lucratif	13,9	23,2
Densité places alternatives temps complet pour 100 000 habitants	34,7	13,3

Source : SAE – 2015

¹² Cf. glossaire

Temps d'accès

	Martinique 2015	France 2015
% pop. à 30min ou plus d'une unité temps plein	31,7	16,4
% pop. à 45min ou plus d'une unité temps plein	9	4,6

Source : INSEE ; METRIC ; SAE – 2015

LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN DETENTION ET DES PERSONNES EN LIBERTE SOUS-MAIN DE JUSTICE

- Au SMPR, sont suivis des détenus ayant des troubles mentaux, volontaires pour se soigner. Lors des grosses décompensations ils sont orientés, faute de structures adaptées (UHSA), vers l'unité de soins psychiatrique (USIP).

- Le CHMD est prêt à porter un projet d'UHSA inter-régional adossée à une UMD.

- Personnes Sous-main de justice :
 - L'injonction de soin, besoin d'un coordonnateur entre les soignants et la justice
 - Le soin se déroule dans les CMP pour les obligations de soins psychiatriques et dans les CSAPA pour les obligations de soins addictologies.

LE PERSONNEL DES ETABLISSEMENTS

Densité d'ETP* moyens en psychiatrie générale

	Martinique **	France **
psychiatres	8,7	10,8
personnels médicaux (hors psychiatres)	1,7	1,7
personnels soignants et socio-éducatifs	170,2	156,4

*ETP : équivalents temps plein moyens annuels

**pour 100 000 habitants

Source : SAE, INSEE - 2015

Part du personnel exerçant en unités d'hospitalisation temps plein (ES public et ESPICS)

	Martinique %	France %
personnels médicaux (hors psychiatres)	95	33,8
personnels soignants et socio-éducatifs	116,3	52,9

Source : SAE - 2015

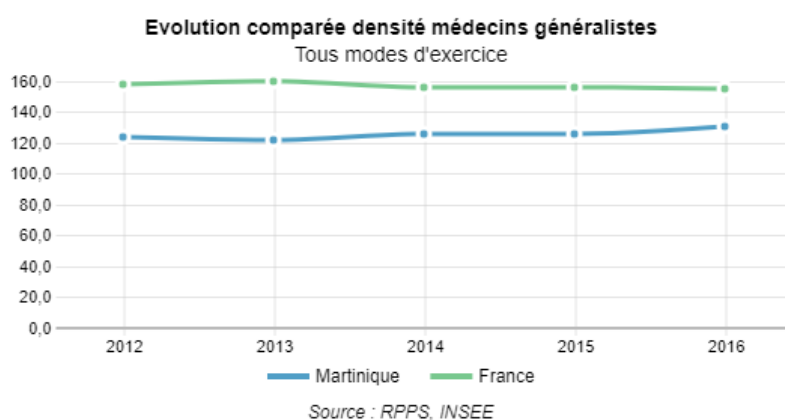
LES MEDECINS GENERALISTES

Densité de médecins généralistes

	Martinique *	France *
Tous modes d'exercice	130,5	155,2
Libéraux ou mixtes	86	103,9
Salariés hospitaliers	30,7	27,7
Autres salariés	13,8	23,6

*pour 100 000 habitants

Source : RPPS, INSEE - 2016



LES PSYCHOLOGUES ET PSYCHIATRES

En ville, le nombre de psychiatres (8 en comptant ceux de la clinique) et de psychologues libéraux est nettement inférieur à la moyenne.

Densité de psychologues

	Martinique 2016	France 2016
Psychologues libéraux *	10,3	27,1

*pour 100 000 habitants

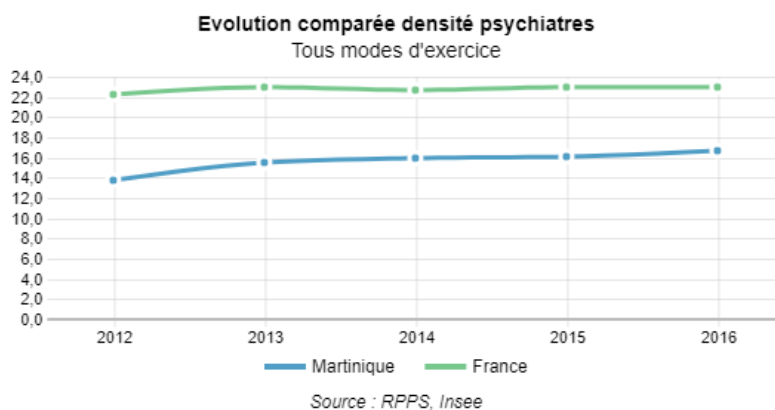
Source : RPPS, Insee - 2016

Densité de psychiatres

	Martinique *	France *
Tous modes d'exercice	16,7	23
Libéraux ou mixtes	2,6	9,9
Salariés hospitaliers	13	11,4
Autres salariés	1	1,7

*pour 100 000 habitants

Source : RPPS, Insee – 2016



	Martinique 2014	France 2014
Part de psychiatres libéraux en secteur 1 (%)	62,5	66,8

Source : SNIIRAM – 2014

	Martinique 2017	France 2017
Part de psychiatres libéraux de 55 ans ou + (%)	55,7	//

Source : RPPS – 2017

LA PEDOPSYCHIATRIE

➡ Il n'y a pas d'offre de pédopsychiatrie de ville en Martinique,

LES INFIRMIERS

Nombre total d'infirmiers et leur répartition par tranche d'âge au 31/12

	Nombre		%	
	Martinique	France	Martinique	France
Moins de 40 ans	387	30 546	31,2	32,8
40 à 49 ans	324	29 620	26,1	31,8
50 à 54 ans	110	13 094	8,9	14,1
55 à 59 ans	186	12 919	15	13,9
60 ans et plus	233	6 829	18,8	7,3
Total	1 240	93 008	100	100

Source : FNPS - 2017

	Martinique	France
Densité (pour 10 000 hab.)	32,6	4,1

Source : FNPS - INSEE - 2017

Répartition des bénéficiaires d'actes infirmiers

	Nombre		%	
	Martinique	France	Martinique	France
Moins de 15 ans	775	302 102	2,1	2,9
15 à 44 ans	5 404	2 052 451	14,9	19,5
45 à 59 ans	7 068	2 035 563	19,4	19,3
60 à 74 ans	9 207	3 052 962	25,3	29
75 ans et plus	13 921	3 081 779	38,3	29,3
Total	36 375	10 524 857	100	100

Source : SNDS - 2017

Répartition de la consommation d'actes infirmiers

	Nombre		%	
	Martinique	France	Martinique	France
Moins de 15 ans	31 774	4 392 840	0,3	0,6
15 à 44 ans	389 131	37 908 173	3,4	5,2
45 à 59 ans	1 071 402	71 151 651	9,3	9,8
60 à 74 ans	2 607 407	161 205 432	22,8	22,1
75 ans et plus	7 359 590	453 673 459	64,2	62,3
Total	11 459 304	728 331 555	100	100

Source : SNDS – 2017

LES ERGOTHERAPEUTES

51 ergothérapeutes exercent en Martinique pour une densité de 13,6 pour 100.000 habitants au 1^{er} janvier 2018.
(Source : Statiss 2017)

LES PSYCHOMOTRICIENS

51 psychomotriciens exercent en Martinique pour une densité de 14,8 pour 100.000 habitants au 1^{er} janvier 2018.
(Source : Statiss 2017)

TELEMEDECINE¹³

Il n'y a pas d'offre en télémédecine en Martinique

¹³ Cf. glossaire

CONSULTATIONS DEDIEES POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

A ce jour, il n'existe pas de Consultations dédiées (douleur, soins somatiques, santé bucco-dentaire...) pour les personnes en situation de handicap en Martinique, mais un Appel à Projet est en cours.

Il n'existe pas d'offre de soins ayant adapté son organisation à l'accueil des personnes en situation de handicap ou de précarité (Lieu dédié, horaires dédiés, formation spécifique des professionnels...), cependant, les services et établissements médico-sociaux jouent le rôle d'interface.

AUTRES STRUCTURES OU DISPOSITIFS LOCAUX D'INTERVENTION PRECOCE EN SANTE MENTALE

Il existe sur le territoire :

- ➔ 1 Equipe mobile de soins intensifs et de réhabilitation psychosociale (EMSIRP) situé au pôle centre, tranche horaire 7h30/18h30
- ➔ Equipe mobile psychose débutante du pôle NAS

LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES (PDSA)

La Martinique territoire de santé unique découpé en quatre territoires de proximité.

La Permanence Des Soins Ambulatoires en Martinique s'organise donc en quatre secteurs de garde :

- ➔ Centre,
- ➔ Sud,
- ➔ Nord caraïbe
- ➔ Nord atlantique

L'OFFRE COMMUNAUTAIRE

GROUPES D'ENTRAIDE MUTUELLE (GEM)

	Martinique 2015	France 2015
Nombre de GEM	2	390
Densité de GEM*	0,5	0,6

*pour 100 000 habitants

Source : CNSA – 2015

LA FILIERE MEDICOSOCIALE

CHUM

- 1 CSAPA organisé sur 2 sites (Clarac et Trinité)
- 1 CSAPA résidentiel de 12 places à Clarac
- 1 CAMSP de 250 places autorisées

CH Saint Esprit

- 1 CSAPA à orientation dépendance Alcool

CHMD

- 1 CSAPA pour la prise en charge des adolescents
- 1 centre de soins pour adolescents
- 2 FAM (foyer d'accueil médicalisé) : pour un total de 104 places
- 1 MAS (maison d'accueil spécialisée) 75 places
- 1 EHPAD Psychiatrique : 60 places autorisées/33 places installées
- 1 filière autisme : 1 CRA (centre de ressource autisme), 1 GIR-HAD de 10 places

Associations

- 3 CMPP
- 1 ITEP 39 places + SESSAD 26 places
- 2 CSAPA
- 3 GEM

Les dispositifs médicosociaux

Les dispositifs médico-sociaux accompagnent les personnes en situation de handicap psychique, de troubles du spectre autistique et de retards mentaux, dans les parcours de vie.

Nombre d'établissements et services médicosociaux

	Martinique *
SAMSAH	1
SPASSAD (mission des SAAD et des SSIAD)	6
MAIA	2 dispositifs

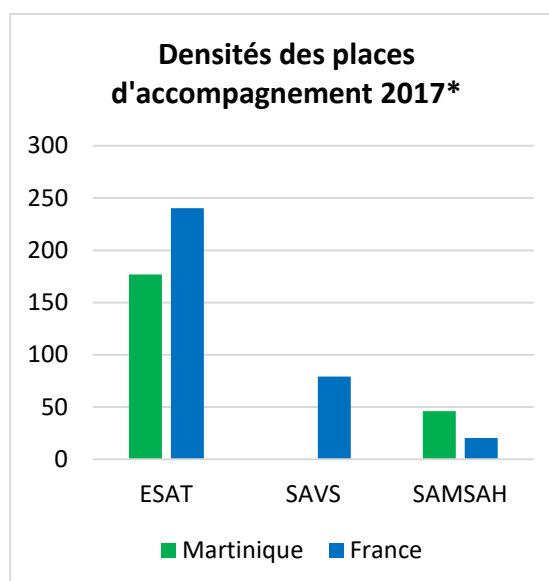
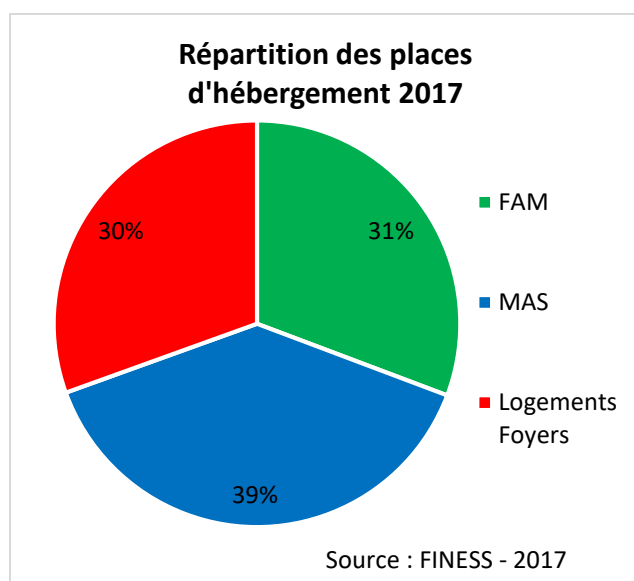
Source : FINESS – 2017

Nombre de places installées en établissements et services médicosociaux

	Martinique *	France *
en SAMSAH	46,2	20,3
en SAVS	0	79,2
en ESAT	176,8	240,4
en Foyers de vie et d'hébergement	46,2	103,3
en FAM	46,5	60,9
en MAS	58,7	58,6

*pour 100 000 habitants de 20 ans et +

Source : FINESS – 2017



*pour 100 000 habitants de 20 ans et +

Synthèse de l'offre en établissements et services médicosociaux

	Martinique 2017	France 2017
Densité* places d'hébergement PH	151,4	222,8
Densité* places d'accompagnement PH	46,2	99,5
Densité* places d'insertion prof. PH	176,8	240,4

Source : FINESS – 2017

	Martinique 2014	France 2014
Densité de logements accompagnés*	35,8	22

Source : FINESS – 2014

Les Services d'Aides et d'Accompagnement à Domicile (S.A.A.D) comprennent les aides ménagères ou encore les auxiliaires de vie. Ces professionnels peuvent apporter une aide dans le quotidien mais cela ne comprend pas les soins médicaux.

Service d'accompagnement Médico-Sociale pour Adultes Handicapés (S.A.M.S.A.H)

Dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des soins, le SAMSAH a pour vocation de contribuer à la réalisation de projet de vie pour les personnes handicapées.

Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins (MAIA)

MAIA est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants.

LES DISPOSITIFS

- SOS KRIZ : association d'écoute
- le dispositif Vigilans qui s'inscrit dans le cadre de la prévention des suicides qui sont largement sous-estimés en nombre porté par le CHUM depuis début 2019
- Maison Des Adolescents : dispositif en cours de déploiement
- 3 Groupements d'Entraide Mutuelle (GEM) : portés par l'association Equinoxe

L'ADDICTOLOGIE

CARTOGRAPHIE DES CSAPA ET CAARUD

Territoire couvert		
CSAPA	COLSON	Centre + antenne au Nord Caraïbe
	CHUM antenne 1	Centre + régional pour lourdes prises en charge
	CHUM antenne 2	Nord Atlantique
	Saint-Esprit	Sud
	CMPAA	Centre
	CROIX ROUGE	Centre
CAARUD	CROIX ROUGE	
ELSA	CHUM	Trinité
		Fort de France

CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS (CJC)

Les CJC sont implantés sur quatre sites à raison d'une consultation anonyme et gratuite par semaine :

- le Robert,
- le Lamentin,
- Fort-de-France
- Saint-Pierre

DELAI MOYEN DE TRAITEMENT D'UN DOSSIER MDPH

- ➡ Délai moyen de traitement des dossiers enfants 8 mois
- ➡ Délai moyen de traitement des dossiers adultes 6 mois

Source Rapport activité MMPH 2018

POPULATIONS SPECIFIQUES

ENFANTS ET ADOLESCENTS

AIDE SOCIALE A L'ENFANCE (ASE)

	Martinique 2015
Part des élèves entrant en 6ème avec au moins un an de retard, à la rentrée 2015 (%)	11,1
Taux de mesures éducatives ou placements dans le cadre de l'ASE (%)	2,9
Part de mineurs faisant l'objet d'une saisine du juge des enfants en assistance éducative (%)	8,5
Densités de places en établissements d'ASE*	5,4

*pour 1 000 habitants de 0-20 ans

Source : DREES, EAs ; INSEE - 2015

PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE (PJJ)

22 établissements de la PJJ en Martinique.

OFFRE DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT

Prise en charge ambulatoire

	Martinique 2015	France 2015
Nombre de CMP ou unités de consultation	11	1502
Densité de CMP ou unités de consultation*	13,3	11
Part des CMP ouverts 5 jours ou plus par semaine psy IJ (%)	81,8	80,4
Nombre de CATTP	9	674
Densité de CATTP*	10,9	4,9

* pour 100 000 habitants de 0-16 ans

Source : SAE, INSEE RP – 2015

Prise en charge à temps partiel

en psychiatrie infanto-juvénile	Martinique 2015	France 2015
Densités de places d'hospitalisation partielle*	36,3	70,7

* pour 100 000 habitants de 0-16 ans

Source : SAE, INSEE RP – 2015

Prise en charge à temps complet

en psychiatrie infanto-juvénile	Martinique 2015	France 2015
Densité de lits d'hospitalisation temps plein*		16,6

* pour 100 000 habitants de 0-16 ans

Source : SAE, INSEE RP - 2015

Prise en charge en alternatives temps complet

en psychiatrie infanto-juvénile	Martinique 2015	France 2015
Densité de places en alternatives à temps complet *	13,3	6,4

* pour 100 000 habitants de 0-16 ans

Source : SAE, INSEE RP – 2015

	Martinique 2015	France 2015
Unité(s) spécialisée(s) dans la prise en charge des adolescents	1	202

Source : SAE – 2015

Personnel des établissements de santé

	Martinique 2015	France 2015
Densité ETP de psychiatres	10,9	13,4
Densité ETP autres personnels médicaux		0,7
Densité ETP de personnels soignants		134,4

* pour 100 000 habitants de 0-14 ans

Source : INSEE, SAE – 2015

OFFRE DE VILLE

Pédiatres

	Martinique 2016	France 2016
Tous modes d'exercice	12	12,3
Libéraux ou mixtes	4,4	4,8
Salariés hospitaliers	6,3	6,3
Autres salariés	1,3	1,2

Source : INSEE, RPPS, SNIIRAM – 2017

Pédopsychiatres

	Martinique 2016	France 2016
Pédopsychiatres*	4,7	6,7

* pour 100 000 habitants de 0-14 ans

Source : INSEE, RPPS, SNIIRAM - 2017

Médecins généralistes **

	Martinique 2016	France 2016
Tous modes d'exercice	130,5	155,2
Libéraux ou mixtes	86	103,9
Salariés hospitaliers	30,7	27,7
Autres salariés	13,8	23,6

** pour 100 000 habitants

Source : INSEE, RPPS, SNIIRAM - 2016

Psychiatres **

	Martinique 2016	France 2016
Tous modes d'exercice	16,7	23
Libéraux ou mixtes	2,6	9,9
Salariés hospitaliers	13	11,4
Autres salariés	1	1,7

** pour 100 000 habitants

Source : INSEE, RPPS, SNIIRAM - 2016

OFFRE MEDICO-SOCIALE

Accompagnement

	Martinique 2016	France 2016
Nombre de maisons départementales des adolescents (MDA)	0	152

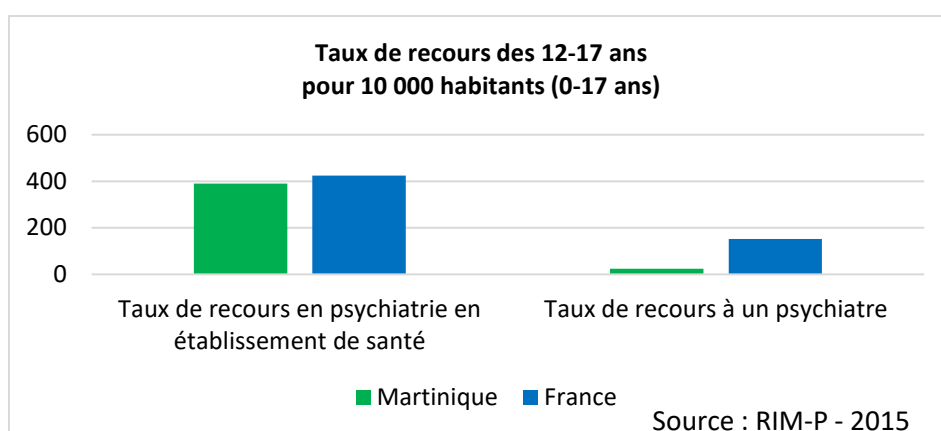
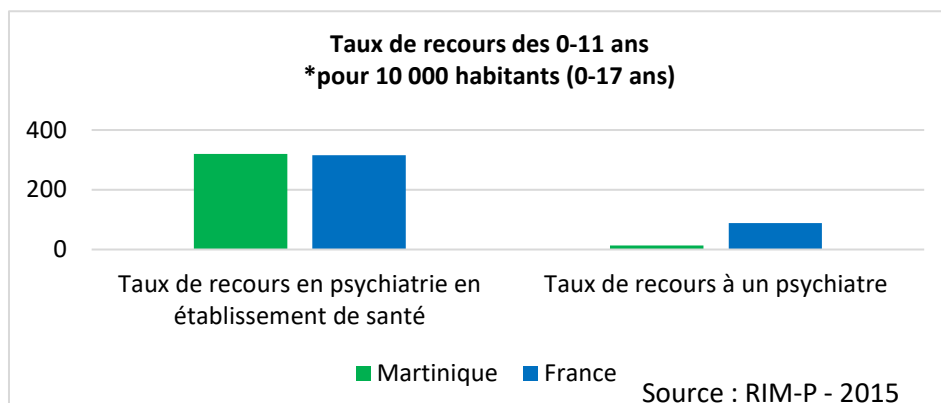
Source : ANMDA - 2016

Offre médico-sociale

	Martinique 2015	France 2015
Densité de structures CAMSP (pour 100 000 hab. de 0 à 6 ans)	3,3	5,9
Densité de places en ITEP (pour 100 000 hab. de 6 à 18 ans)	44,8	148,2
Densité de places en IME (pour 100 000 hab. de 6 à 20 ans)	666,2	577,8
Densité de structures CMPP (pour 100 000 hab. de 0 à 20 ans)	2,9	2,9
Densité de places en SESSAD (pour 100 000 hab. de 0 à 20 ans)	311,4	307,3

Source : FINESS, INSEE – 2015

RECOURS AUX SOINS



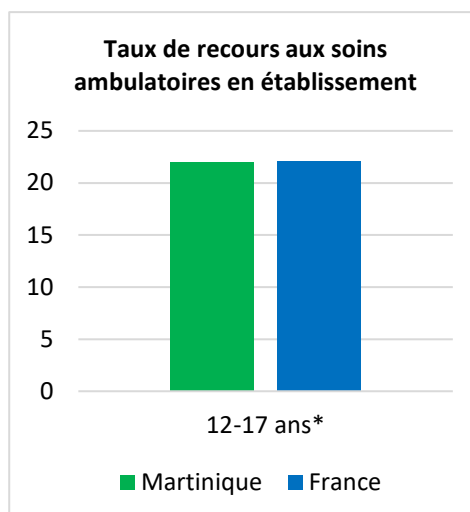
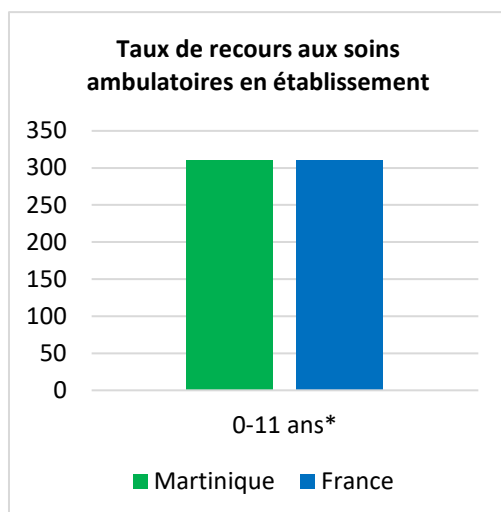
Part de mineurs consommant des psychotropes

	Martinique **	France **
Antidépresseurs	3,3	12,7
Anxiolytiques	11,1	17,8
Neuroleptiques	9,8	22,5
Psychotropes (ensemble)	20,9	43,9

**pour 10 000 consommant mineurs

Source : CNAMTS – 2014

RECOURS AMBULATOIRE ET A TEMPS PARTIEL



*pour 10 000 habitants de 0-11 ans et 12-17 ans

Part des mono-consultants en ambulatoire

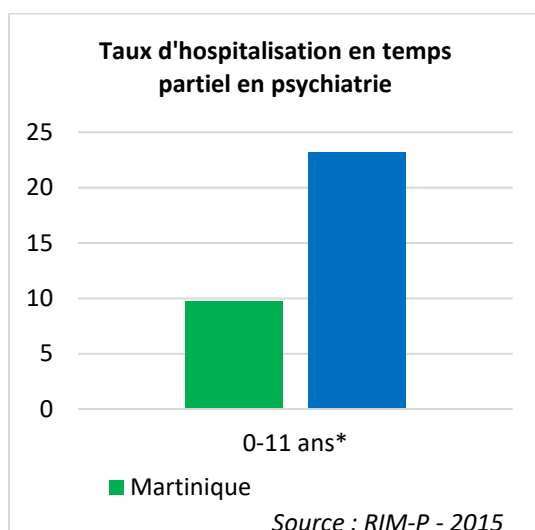
	Martinique %	France %
0 - 11 ans	21,4	20,1
0 - 17 ans	21,6	20,5
12 - 17 ans	22	22,1

Source : RIM-P – 2015

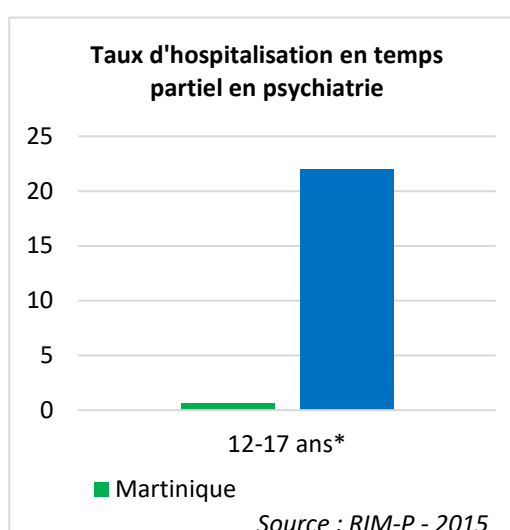
Actes ambulatoires

	Martinique 2015	France 2015
Part des actes ambulatoires à domicile (%)	0,2	1
Part des actes ambulatoires hors CMP (%)	8,9	6,2

Source : RIM-P – 2015



Source : RIM-P - 2015



Source : RIM-P - 2015

RECOURS TEMPS COMPLET

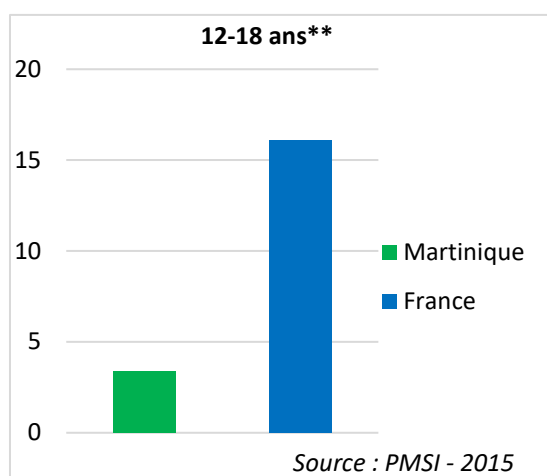
Taux de recours à temps plein en psychiatrie des 0-17 ans

	Martinique 2015	France 2015
Taux d'hospitalisation temps plein*	2,4	12,5
Taux d'hospitalisation temps complet*	8,5	14,5
Taux d'hospitalisation en alternatives à temps complet*	6,1	2,3
Taux d'hospitalisation en MCO pour motif psy.*	13,7	20,9

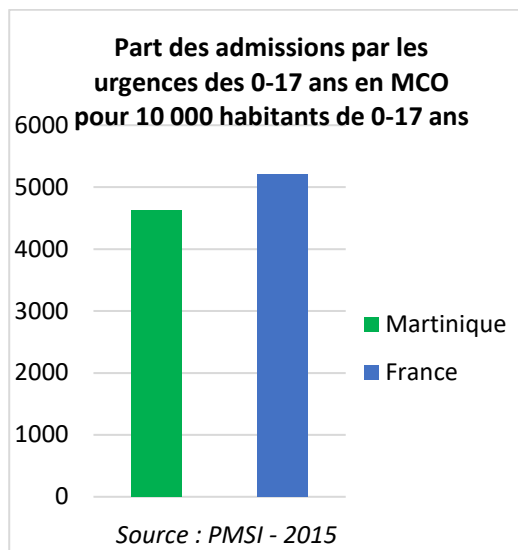
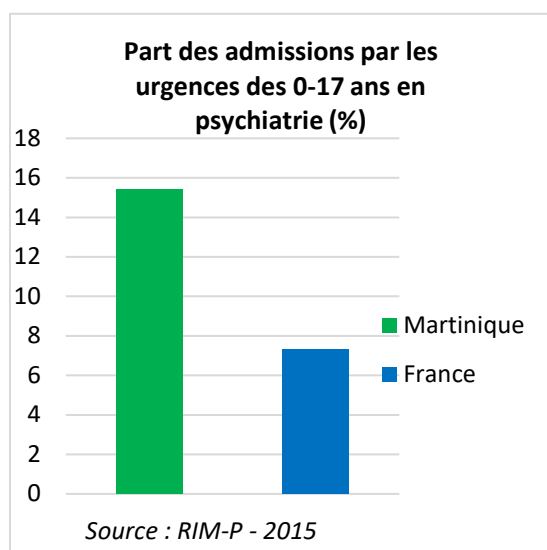
*pour 10 000 habitants de 0-17 ans

Source : RIM-P - 2015

Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des 12-18 ans



**pour 10 000 habitants de 12-18 ans



PERSONNES AGEES

Martinique 2013	
Part des 75 ans et plus vivant sous le seuil de pauvreté (%)	
Part des 75 ans et plus vivant en institution (%)	4,1

Source : Insee – 2013

OFFRE DE SOINS

Offre sanitaire

	Martinique 2017	France 2017
Densité de gériatres*	7,4	15,6

* pour 100 000 habitants de 65 ans +
Source : RPPS – 2017

	Martinique 2016	France 2016
Densité de médecins généralistes**	130,5	155,2

* pour 100 000 habitants de 65 ans +
Source : RPPS – 2016

	Martinique 2015	France 2015
Unités spécialisées dans la psychiatrie du sujet âgé	1	145
(1) - Densité de places d'UHR*	61,1	19
(2) - Densité de places d'UCC*		9,7

* pour 100 000 habitants de 65 ans +
(1) - Unités d'hébergement renforcé
(2) - Unités de réhabilitation cognitivo-comportementales
Source : FINESS, SAE - 2015

OFFRE MEDICOSOCIALE

	Martinique 2015	France 2015
Densité de places en SSIAD et SPASAD (% 65 ans+)	8	11
Densité de SAAD*	3,1	22,2
Densité de PASA*	7,6	13

* pour 100 000 habitants de 65 ans +
Source : FINESS - 2015

	Martinique 2017	France 2017
Nombre de CLIC	61	
Nombre de plateformes de répit	68	

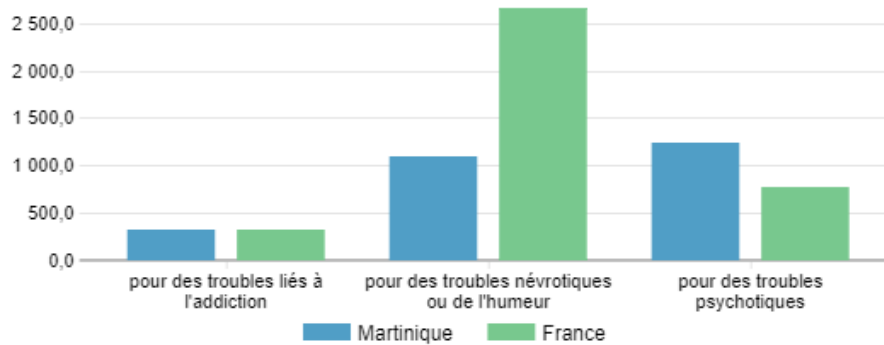
Source : CNSA – 2017

	Martinique	France
Densité places USLD (‰ 75 ans+)	0,5	2,7
Densité places EHPAD (‰ 65 ans+)	21,8	52,3
Densité places EHPA (‰ 65 ans+)	3,6	10,8

Source : FINESS, Statiss – 2015

RECOURS AUX SOINS

Évolution du taux de recours



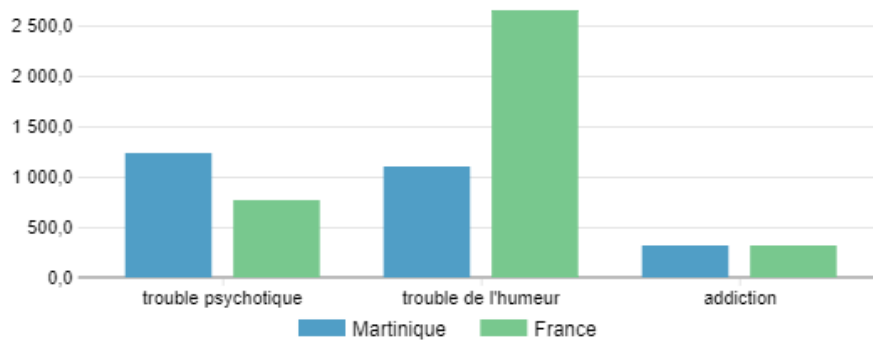
Source : CNAMTS - 2015

Taux de recours - récapitulatif

Indicateurs	Martinique	France
pour des troubles liés à l'addiction	319,2	321,4
pour des troubles névrotiques ou de l'humeur	1 094,6	2 650,9
pour un trouble psychotique	1 231,4	768,6

Source : CNAMTS – 2015

Répartition du taux de recours



Source : CNAMTS - 2015

Taux de recours : psychiatres et ES

Indicateurs	Martinique	France
Taux de recours vers les psychiatres libéraux des 65 ans et plus (pour 10 000 hab. (65+))	1,8	51,8
Taux de recours en ES pour motif psy. des 65 ans et plus (pour 10 000 hab.)	143,2	244,5

Source : SNIIRAM, RIM-P – 2015

PRISE EN CHARGE EN ETABLISSEMENT

Modalités de prise en charge en établissement de santé - hospitalisation

Indicateurs	Martinique	France
Taux d'hospitalisation en psychiatrie des 65 ans et plus (pour 10 000 hab. (65+))	29,5	55,0
Taux de personnes âgées hospitalisées en MCO pour motif psy. (pour 10 000 hab. (65+ ans))	80,0	96,2
Part d'admission par les urgences, en psychiatrie, des 65 ans et plus (% nb. séjour psy.)	5,8	13,9
Part d'admission par les urgences, en MCO pour motif psy., des 65 ans et plus (%)	22,1	44,4

Source : RIM-P – 2015

Modalités de prise en charge en établissement de santé - ambulatoire

Indicateurs	Martinique	France
Taux de recours en ambulatoire pour motif psy. des 65 ans et plus (pour 10 000 hab. (65+ ans))	122,2	219,7
Part des actes à domicile parmi les actes ambulatoires des 65 ans et plus (%)	15,7	17,1
Part des actes de liaison vers le médico-social (%)	1,9	10,6

Source : RIM-P – 2015

Hospitalisation pour tentative de suicide

Indicateurs	Martinique	France
Taux de recours en hospitalisation pour TS. des 65 ans et plus (pour 10 000 hab.)	0,9	5,4

Source : PMSI MCO – 2015

Mortalité par suicide

Indicateurs	Martinique	France
Taux de mortalité par suicide des 75 ans et plus (pour 10 000 hab. (75+ ans))	N/A	8,2

Source : CépiDc, IRDES – 2011

DISPOSITIFS AUTRES QUE MEDICOSOCIAUX VISANT L'INCLUSION

DISPOSITIFS, AUTRES QUE MEDICO-SOCIAUX, DE SOUTIEN A LA SCOLARITE, A L'INCLUSION SCOLAIRE

➤ **Institut Martiniquais de Formation Professionnelle des Adultes (IMFPA)**

- Depuis janvier 2017, l'IMFPA propose un accompagnement adapté et des offres de formation individualisées, dispositif innovant de Préparation à la Performance Individuelle, Formateurs, conseillers psychopédagogiques et conseillers en parcours de formation, proposent un accueil personnalisé afin de construire, avec celles et ceux qui le souhaitent, un projet professionnel pérenne.

➤ **2 écoles de la 2ème chance**

DISPOSITIFS D'EMPLOI ACCOMPAGNE

1 dispositif « emploi accompagné » porté par l'ESAT Orchidée géré par l'AARPHA.

OFFRE EN MILIEU PROTEGE

Offre	Nombre d'établissements	Nombre de places
Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)	8	498
Unité d'Evaluation de Réentrainement et de Réorientation Sociale et/ Professionnelle (UEROS)	1	20
Institut Médico Professionnel (IMPRO)	5	219
Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique « insertion » (ITEP « insertion »)	1	20

LUTTE CONTRE LA PRECARITE ET L'EXCLUSION

DISPOSITIFS DE SOUTIEN AU MAINTIEN DANS LE LOGEMENT OU D'ACCES AU LOGEMENT OU A L'HEBERGEMENT, AUTRES QUE MEDICO-SOCIAUX

- Demandes de logements sociaux, via les formulaires Logements Locatifs Très Sociaux (LLTS) à compléter dans les CCAS, demandes de logements sociaux via Internet pour les autres catégories de ménages qui dépassent les plafonds :
 - La loi portant Engagement National pour le Logement (ENL) exige trois candidatures par logement
 - Intervention de l'Allocation de Logement Sociale (ALS) sur ces 2 segments d'activité (accès et maintien)

- 2° Recherche de logement via le secteur privé : SOLIHA
- 3° Logements adaptés : SIAO

OFFRE DE LOGEMENT ET D'HEBERGEMENT (URGENT ET NON URGENT) A DESTINATION DES PUBLICS PRECAIRES OU EXCLUS

PUBLIC	HEBERGEMENT				ALT
	CHRS			Total CHRS	
	CHRS insertion	CHRS stabilisation	CHRS urgence		
Personnes à la rue et sans abris		34	25	59	
Femmes isolées et/ou victimes de violence	28		7	35	9
Hommes sous main de justice					15
Familles avec ou sans enfants	30		5	35	34
Hommes isolés	35			35	
Tout public					
TOTAL	93	34	37	164	58

PUBLIC	LOGEMENT ADAPTE				Total logement adapté
	Pensions de famille		Intermédiation locative (ss location)	Intermédiation locative (mandat de gestion)	
	Résidences accueil	Maisons relais			
Personnes à la rue et sans abris		20			20
Femmes isolées et/ou victimes de violence	40	16			56
Hommes sous-main de justice					0
Familles avec ou sans enfants	20	76			96
Hommes isolés					
Tout public	11	10	26	47	94
TOTAL	71	122	26	47	266

OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL, JURIDIQUE DES PERSONNES PRECAIRES OU EXCLUES

L'accompagnement est individuel et s'effectue par des équipes pluridisciplinaires (travailleurs sociaux, psychologues, personnel de santé) et prend plusieurs formes : aide à l'accès aux droits (allocations etc.), vie quotidienne (hygiène, aide vestimentaire, aide alimentaire, accompagnement à l'insertion professionnelle, à la recherche de logement, à la santé etc. Une réunion de coordination est organisée mensuellement par l'ACISE qui réunit l'ensemble des partenaires afin d'examiner et trouver des solutions d'hébergement ou de logement pour les personnes présentées.

Pour ce qui concerne l'aide alimentaire, la restauration solidaire pour les plus démunis est assurée par le secours adventiste de janvier à décembre, sauf au mois d'août où l'Acise prend le relais. Près de 250 à 300 repas chauds sont proposés chaque jour aux personnes en errance ou en squat

DISPOSITIFS « UN CHEZ SOI D'ABORD » OU INSPIRES DU MODELE « UN LOGEMENT D'ABORD »

Le dispositif "un chez soi d'abord"¹⁴ est en cours de réflexion en Martinique.

EQUIPES MOBILES PSYCHIATRIE PRECARITE¹⁵ (EMPP)

EMRI porté par le CH DESPINOY : prise en charge d'un plus grand nombre d'exclus et d'errants souffrant de troubles mentaux en les orientant vers les structures de soins adéquates PASS (CHUM).

Equipes de maraudes : les maraudes et l'accueil de jour sont assurées par l'ACISE et la PAAL de l'OMASS qui utilisent la démarche "d'aller-vers" auprès des publics en errance, leur assurant également un 1er accueil.

PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE¹⁶ (PASS)

La PASS est située Au CHU de Fort de France dans le hall d'accueil de l'hôpital Pierre Zobda Quitman ; là où se présentent chaque jour les personnes qui ont recours de façon tardive au système de soins.

Il n'y a pas de PASS psychiatrique.

ACTIONS ET DISPOSITIFS DU PRAPS DEPLOYEES POUR LES PERSONNES PRECAIRES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIQUES

Dispositif : Mise en place de deux instances distinctes mais complémentaires

- ➔ Comité technique du PRAPS
- ➔ Comité de suivi

¹⁴ Cf. glossaire

¹⁵ Cf. glossaire

¹⁶ Cf. glossaire

Actions 2018/2022

- Favoriser la communication relative aux études existantes autour des publics ciblés du PRAPS
- Communiquer autour de l'offre d'accompagnement auprès des publics cibles

4 axes prévus

- Mieux connaître les problématiques de santé des populations concernées et renforcer les compétences des acteurs (9 actions)
- Renforcer et faciliter l'accès à la prévention auprès des populations cibles (14 actions)
- Garantir un accès aux soins effectifs (14 actions)
- Assurer la coordination des acteurs (13 actions)

REPONSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS¹⁷

Mise en place de la RAPT en 2017 avec tenues de plusieurs réunions de GOS.

Pour les jeunes mineurs présentant des troubles du comportement avec des conséquences justice ou ASE : les juges pour enfants ont créé une instance « situations difficiles » qui se réunit 2 à 3 fois /an en fonction des besoins ; Tous les acteurs sont présents.

¹⁷ Cf. glossaire

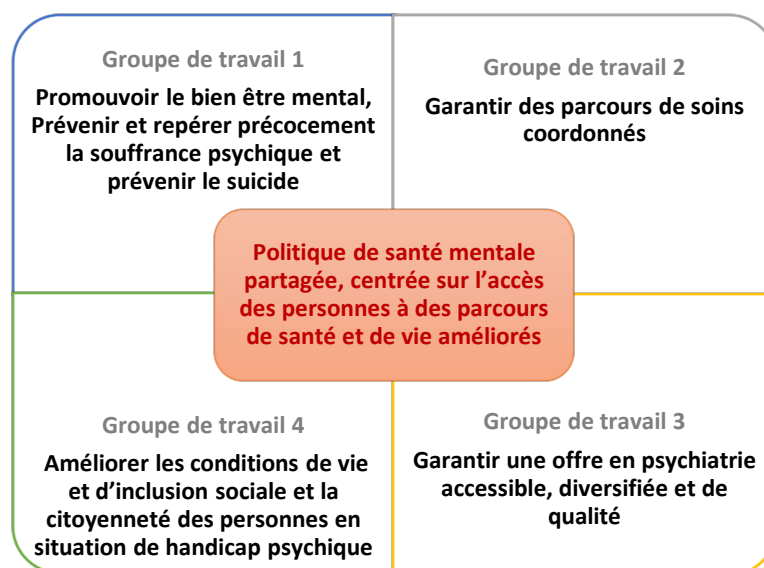
La définition donnée du diagnostic territorial partagé dans la Loi de modernisation de notre système de santé montre que le bilan partagé des besoins et des ressources ne peut s'inscrire que dans une démarche de concertation territoriale qui associe l'ensemble des acteurs participant à l'appui au parcours de vie des personnes en situation de vulnérabilité.

Le DTP passe par deux phases : la phase de bilan partagé des besoins et des ressources et la phase de concertation territoriale. Bien qu'interdépendantes et complémentaires, ces phases ont cependant des objectifs distincts.

Si le bilan partagé des besoins et des ressources vise à dresser un état des lieux, une photographie d'une situation dans un contexte législatif et territorial donné, la concertation territoriale, en revanche, doit permettre d'identifier des leviers d'actions pour faire évoluer le dispositif et les pratiques, parfois même au-delà des textes législatifs et des contraintes réglementaires ou tarifaires qui existent déjà.

Le Diagnostic territorial partagé est une évaluation des besoins partagée, régulière, précise, formalisée et prenant en compte les facteurs environnementaux (ou contextes locaux).

Pour rappel, 4 groupes de travail ont participé à l'élaboration du diagnostic territorial partagé du PTSM de Martinique. Chacun de ces groupes comprenait une vingtaine d'acteurs de la santé mentale : professionnels et usagers et/ou représentants d'usagers venant d'horizons différents : hôpital, soin de vie, médicosocial, associations, associations de patients, citoyens. Les groupes se sont réunis trois fois en vue d'élaborer le DTP. Une plénière a eu lieu le 12 décembre 2019 pour valider le diagnostic partagé.



Elaboration d'un langage commun par le groupe de travail 1

▶ Déterminants sociaux impactant la santé mentale

- Mère célibataire
- Multi partenariat
- La précarité économique (jobage), RSA installé dans la précarité, assistanat
- La délinquance
- La violence intra familiale
- Les personnes âgées isolées
- La dépendance aux écrans (écart de la vie sociale, manque de communication à l'autre)
- Mère adolescente
- Le chômage
- Manque de formation
- Les enfants hautement perturbateurs dès le primaire
- Stigmatisation de la différence
- Transport éloigné
- Contexte familial difficile.
- Structure familiale instable ou particulière

Constats du groupe de travail N°1

↻ Education nationale

- ▶ Une nouvelle expérimentation addiction et compétence psychosociale, projet voulu par le recteur. Cette formation est constituée de 3 modules de 12 séances tous au long de l'année. Les partenaires s'inscrivent sur 3 séances avec les enseignants. Ainsi que 3 séances avec les parents. Cette formation est dispensée pour que chacun puisse prendre en charge au niveau de l'éducation nationale les déterminants psychosociaux des élèves. 43% des établissements du second degré ont déjà reçus la formation. Quand les chefs d'établissement en font la demande. L'accent est mis sur les addictions et les compétences psychosociales. Projet intégré dans santé plus. L'outil hors -jeu : petite BD, mis en place en 2013 est utilisé comme support par les enseignants avec les élèves de CM2. Ce projet s'inscrit dans le cadre du second degré. Les élèves de 6ème utilisent le NPNUGGED.

Ce projet est dispensé par l'association addictologie pour former tous les personnels de 6ème. Pour l'instant en expérimentation dans 3 établissements écoles du savoir Gros Morne, Anse D'arlet, Godissart. Les élèves ayant reçus la formation seront suivis jusqu'à la 3ème et le projet pourra être évalué. Les partenaires seront formés au mois de juin par les enseignants venant de l'association addictologie, ils auront 3 séances d'enseignement. Les associations, les CSAPA seront eux aussi formés. Les élèves de 6ème auront la formation durant toute l'année dispensée par les enseignants formés. 3 séances sont aussi prévues pour les parents. De plus le recteur a constitué un dossier comprenant les éléments essentiels de prévention.

➔ SOS KIZ

- Formation de 320 personnes issues de la population générale : Demandeurs d'emploi, éducateurs spécialisés, responsables d'associations, des professeurs, des personnels du centre pénitencier, au niveau des associations : les membres de « AIDES », de l'UFM, de CAP CARAIBES, IDE. La formation dispensée rejaille sur les enfants de tous les formés. La formation aide ces personnes dans leur pratique et dans leur histoire personnelle. Tous les mois il y a une supervision de réalisée.
- Un documentaire scolopendre et papillon a été réalisé, décrit le parcours des personnes ayant subi des violences. Ressources pour les professionnels.
- Création de 2 films de prévention, actions faites pour améliorer les compétences psychosociales.
- Des journées sont organisées par SOS KRIZ pour un partage de connaissance et de compétences.

➔ CHMD

- 3 équipes mobiles (EMRI) qui prennent en charge les personnes en situation de précarité. Travaillent sur l'ensemble du territoire, font des maraudes pour les personnes en déshérence. Travaillent aussi avec les communes qui ont des administrés ayant des difficultés.
- Au niveau de l'ACISE il existe des consultations de psychiatres 2 fois par semaine. Les éducateurs aussi développent les compétences psychosociales.
- S'occupent des personnes souffrant de comorbidité.
- CHMD développement des équipes mobile sur chaque pole 4, chaque chef de pole à a cœur qu'il y ait un lien pour les personnes à la sortie pour éviter le retour à l'hospitalisation
- Projet de développement d'aller au plus près de la population personnes déjà identifié.
- Il est important de s'occuper aussi des personnes âgées aussi bien au domicile qu'en institution.

➔ AMVIE (association des milles et une victime d'incestes et de violences)

- Accueil des femmes et des hommes adultes, les parents soutenant.

➔ SAVAS

- Porté par la croix rouge organise aussi des actions sur les déterminants psychosociaux. Accueil des personnes qui portent plainte.

Constats du groupe de travail N°1

- ➔ Pour répondre à la problématique de précarité et de parentalité
 - La DJSCS dans le cadre du Plan pauvreté en partenariat avec la CTM, la CAF, l'Éducation Nationale, la DAAF, ARS, Mission locale, PREFECTURE (...) organise des réunions régulières depuis mars 2019 sur les thématiques suivantes avec des groupes de travail :
 - Groupe de travail (GT) 1 : Développement de l'offre d'accueil du jeune enfant et de la mixité sociale
 - GT3 : Développement de l'offre parentalité/centre sociaux
 - GT4 : Accompagnement des familles hébergement/ logement+ maraudes :
 - GT9 : Sortants ASE
 - GT10 : Parcours d'insertion : orientation, décloisonnement des parcours, accès aux solutions d'accompagnement et de formation et GT11 Offre d'accompagnement : garantie d'activité, IAE, essaimage des expérimentations
 - GT5 Accès à l'alimentation
 - GT7 : Réussite scolaire et pauvreté : mise en place des territoires haute qualité éducative, poursuite des expérimentations relatives à la mixité sociale dans l'Éducation nationale, santé scolaire etc...

Projet DJSCS présentation

Finalités et objectifs de l'expérimentation

Développer l'école de la confiance

- La confiance des parents envers l'école est primordiale :
- Maillon indispensable pour assurer l'autorité des personnels
- Indispensable pour permettre la réussite des élèves
- La confiance de l'école à l'égard des parents est décisive :
- La participation des parents dans les activités de l'école, motivent les élèves
- Le renforcement de l'intérêt des parents pour l'école améliore la performance des établissements

Renforcer la coopération

- Il importe de rendre les parents acteurs de la communauté éducative
- En renforçant la démocratie scolaire
- En développant les cafés et les espaces parents
- En accompagnant financièrement, socialement et éducativement les parents

Un projet systémique dans les établissements concernés.

- Un projet s'inscrivant dans le projet académique et le projet d'établissement
- Le volet parentalité fait partie d'un des axes du projet d'établissement :
 - Le projet repose sur un diagnostic
 - Des fiches actions sont réalisées
 - L'une consistera à inviter les parents à assister à des cours en classe
 - Un projet reposant sur l'adhésion de toute la communauté scolaire
 - Un référent Parents + désigné dans chaque établissement participant
 - Un projet voté par la communauté scolaire en conseil d'administration
 - Une charte de confiance rédigée par la communauté scolaire
 - Un projet accompagné par l'académie
 - Deux référents académiques nommés par le Recteur
 - Le recours aux associations travaillant sur le champ de la parentalité
 - Des acteurs institutionnels prêts à collaborer (CAF, CTM, Préfecture, MAIF, MGEN...)
 - Un comité de pilotage académique représentatif des communautés scolaires

25 ETABLISSEMENTS SECONDAIRES EXPERIMENTATEURS

ACTIONS DE RENFORCEMENT DES COMPETENCES PSYCHOSOCIALES

Constats du groupe de travail N°1

- Dans le cadre de l'animation territoriale des actions de Promotion du bien-être de santé mental, concernent les écoles, action avec deux fiches projets, une envers les enfants et l'autre envers les parents.

ACTIONS DE PREVENTION DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE AU TRAVAIL

Constats du groupe de travail N°1

- CHMD
 - Questionnaire remis aux personnels, recueil informatisé Pour prévenir tout au long de l'année la souffrance au travail
- Education Nationale
 - Une circulaire du 18 juillet 2019, concernant un GRH de proximité, le rectorat a recruté une psychologue clinicienne pour répondre au mal être des professionnels. Il existe aussi un questionnaire de prévention pour lutter contre les risques psychosociaux et le burn-out. Il y a des supervisions en cas de besoin, Si souffrance déclarée. Mise en place aussi de formation sur la gestion du stress
 - En stade de projet la caisse des écoles propose un contrat de santé pour diminuer les situations de stress. C'est un programme pilote
- CTM
 - Propose des ateliers de gestion du stress, Nettement insuffisant. Réunion tous les 15 jours ; pas assez de visite et de contrôle, de l'équipe DMCRT Contrôle et condition de travail. S'occupe du bien-être matériel mais pas du bien être mental
 - Un seul médecin d'Intervention de prévention pour tous les agents de la CTM et doit gérer le physique et le mental. Il n'existe pas de procédure
- Il manque des structures de solution d'aval
- Il est important de s'interroger sur les représentations sociales.

FORMATION DES ETUDIANTS AUX PREMIERS SECOURS EN SANTE MENTALE

Constats du groupe de travail N°1

- Au niveau de la faculté échappe à l'éducation nationale il sera important de se pencher sur leur situation car sont en grande difficulté. Le repérage sera nécessaire.

- ➔ Les RDV au CMP sont beaucoup trop long. Les professeurs sont formés au repérage des crises suicidaires, mais quelle prise en charge ensuite ? Il est nécessaire qu'il y ait des équipes en binôme qui pourrait à partir d'un document servir de protocole.
- ➔ Projet à proposer de former les étudiants au premier secours.
- ➔ Décalage avec le ministère de la santé qui veut faire appel à la population pour repérer sans agir. Alors qu'il faut utiliser le modèle de recours ou les personnes agissent. Mission exemplaire à construire avec l'éducation nationale
- ➔ La proposition sera faite au recteur.

ACTIONS INTEGREES DE PREVENTION DU SUICIDE

Constats du groupe de travail N°1

- ➔ Le CCAS de saint joseph travaille sur la construction d'un projet avec le CHMD
- ➔ Le CMP de Saint Joseph a été fermé et depuis les situations se sont complexifié pour les usagers, car la distance, le délai proposé ainsi que l'accessibilité sont très problématiques pour répondre aux situations d'urgences.
- ➔ Au niveau du CHMD les pôles développent des d'équipes mobiles sur chaque pole pour aller au plus près des usagers, et les informer de ce qui est mis en place.
- ➔ Le CHMD rencontre des difficultés de mobilité et de moyen humain. Présence médicale 30% des psychiatres vont prendre leur retraite.

PROMOTION DE LA SANTE 3.0

Constats du groupe de travail N°1

- Dispositif sanitaire vigilanS, recontact téléphonique, dispositif national décliné au niveau de la Martinique pour les personnes ayant déjà réalisée un geste suicidaire ou commencée une crise suicidaire avec des éléments de sévérité. Veille téléphonique pendant une année.
- La particularité de la Martinique développement double avec la plateforme de SOS Kriz qui reçoit les appels de tout venant, avec des horaires élargis la nuit et le week- end. En cas de situation grave, Déclenchement des urgences ou elles seront prises en charge par des professionnels.
- SOS Kriz porté par des bénévoles issus de la population générale.
- Développement des promeneurs du net
- Action Unplugged pour réduire l'emprise des addictions

FORCES, FAIBLESSES, PROPOSITIONS D' ACTIONS

Groupe de travail 1 : Promouvoir le bien être mental, Prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide

Forces	Faiblesses	Opportunités
Mères célibataires		
<p>Au niveau des CMP recherche pour remettre la place du père lors des prises en charge</p> <p>Réunion mensuelle pour les parents</p> <p>Formation diplômante de thérapeutes familiaux en 4ème année, Centre de thérapie familiale en construction (CHMD)</p> <p>Centre de soins pour adolescents (saturé)</p> <p>Pro-familles (groupe d'entraide pour les aidants familiaux)*</p> <p>Actions de la CTM en matière sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Elaboration du Schéma de l'Enfance, de la Jeunesse et de la Famille · Accompagnement spécifique des parents de familles monoparentales présentant des problèmes d'insertion sociale dans leur développement social et professionnel 	<p>Déni de la place du père</p> <p>Parentalité non assumée</p> <p>Manque de coordination parents/écoles/soins ;</p> <p>Pas de suivi des enfants issus des familles en situation de précarité ;</p> <p>Déficit de thérapie systémique</p> <p>Déficit de thérapie hommes/femmes</p>	<p>Optimisation de la communication entre les parents et l'école/ entre le soin et les parents</p> <p>Soutien du Développement de la thérapie systémique et familiale (CHMD)</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actions en faveur de la réduction du taux de mortalité maternelle et infantile par des Actions de sensibilisation du public à l'hygiène de vie et l'alimentation ▪ Actions pour une utilisation plus assidue de la médecine procréative par une sensibilisation des femmes enceintes sur la nécessité d'un suivi immédiat et régulier (en coordination avec les services hospitaliers et les professionnels libéraux) ▪ Actions en faveur d'une information plus large des mineurs par des consultations pour la contraception et des informations individuelles et collectives sur les méthodes de régulation des naissances et d'autres thématiques connexes 		

Forces	Faiblesses	Opportunités
Enfants et adolescents en difficultés		
<p>Equipe mobile d'hospitalisation d'adolescents (en crise suicidaire)</p> <p>10 lits d'hospitalisation au CHMD</p> <p>Personnel médico-scolaire de mieux en mieux formé aux signes de repérage du mal être adolescent ainsi qu'une communauté scolaire qui est sensibilisée très régulièrement à ces troubles.</p> <p>Des infirmières formées à la méthode 3C et qui la pratique dans les établissements.</p> <p>Un Rectorat engagé auprès de l'ARS sur le mal être adolescent (convention en voie de signature)</p> <p>Dispositif « Ecole – Famille – Quartier » (depuis 2004) avec divers partenaires (FSE, Rectorat, associations de quartier et familles) visant à la prévention et la lutte</p>	<p>Insuffisance de prises en charge coordonnées pour les adolescents</p> <p>Déficit de structures de prises en charge précoces pour adolescents</p> <p>Manque de moyens humains</p> <p>Absence de centre éducatif fermé</p> <p>Déficit d'AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert) renforcé</p> <p>Insuffisance de réponses adaptées aux situations de crise, notamment en établissement scolaire, en cas de menace suicidaire ou de tentative de suicide de la part de la régulation (transport refusé, non prise en compte de la gravité, minimisation des situations), de l'accueil aux urgences et de l'hospitalisation ou pas du jeune.</p> <p>Difficultés de communication avec les médecins qui prennent en charge le jeune suicidant.</p> <p>Récidives des tentatives de suicide.</p> <p>En cas de besoin d'une consultation en CMP dans les 24 à 48 h, pour</p>	<p>Renforcer l'équipe mobile dédiée aux situations de crise</p> <p>Création d'une maison des adolescents</p> <p>Création d'un Centre éducatif fermé ;</p> <p>AEMO renforcée à domicile avec un foyer urgence ;</p> <p>Renforcer les compétences psychosociales des professionnels engagés auprès des jeunes dans une dynamique pluridisciplinaire</p> <p>Mobiliser la CTM pour une communication renforcée sur les actions faites pour les plus jeunes (notamment du rectorat)</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités
<p>contre le décrochage scolaire et ses corollaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> Expérimentation débutée en 2007. En 2017, 14 collèges bénéficiaires sur tout le territoire Accompagnement socio-éducatif par une équipe pluridisciplinaire (éducateurs spécialisés, assistantes sociales...) : soutien scolaire, actions thérapeutiques et actions de sport, de détente et de loisirs ; <p>Travail important de l'Observatoire de la Protection de l'Enfance (ODPE) issu de la loi du 5 mars 2007</p> <p>Mise en œuvre du Schéma de l'Enfance, de la Jeunesse et de la Famille ;</p> <p>Projet SANTE + du RECTORAT avec</p> <ul style="list-style-type: none"> La prévention des addictions par le développement des compétences psychosociales par le biais de UNPLUGGED dans des établissements scolaires expérimentaux en Martinique Le projet Non-Commerce du Corps de la 6ème jusqu'en Terminale. 	<p>mal être de l'adolescent avec besoin rapide d'évaluation du risque suicidaire ou de l'état dépressif du jeune : insuffisance de réponses RAPIDES et de prises en charge adaptées par manque de moyens humains.</p> <p>Au sein des établissements , peu d'élèves sensibilisés à l'écoute de leurs pairs en cas de mal être alors qu'ils sont parfois les premiers interlocuteurs ;</p> <p>Insuffisance de soins que reçoivent les enfants en post crise par NON-IMPLICATION DES PARENTS</p> <p>Déficit d'espaces communautaires pour adolescents</p> <p>Déficit de structure d'accueil, de foyer d'urgence</p> <p>Manque d'espaces sport et santé pour adolescents</p> <p>Les adolescents hospitalisés en situation de crise, RDV CMP, ils y vont 1 ou 2 fois et les soins sont arrêtés par la suite, en raison de non-implication des parents et souvent contre la volonté des jeunes</p> <p>Le manque de dialogue entre les jeunes et les parents est un des facteurs qui aggrave les choses et qui est aussi à l'origine du mal être</p> <p>Adolescents non-entendus dans leur souffrance par la famille (il faut que ce soit des professionnels qui leur disent à quel point leur enfant souffre)</p> <p>La famille ne sait pas repérer la gravité du mal être de l'ado</p> <p>Le facteur "addictions " part non négligeable chez les ados qui ont des idées suicidaires</p> <p>Mode d'entrée dans des pathologies psychiatriques (schizophrénie) explosif dans les établissements scolaires pour</p>	<p>Créer une action pilote de formation de jeunes de CAVL aux gestes de premiers secours psychologiques</p> <p>Développer des actions sports-santé pour les adolescents</p> <p>Renforcer le nombre d'actions concrètes associant Education nationale, CSA et parents</p> <p>Mise en place de thérapie familiale</p> <p>Prise en charge des addictions chez les ados</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités
<p>Actions de la CTM en matière sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Versement d'une Allocation mensuelle d'aide à l'enfance aux familles rencontrant des difficultés d'ordre éducatif, financier et social ; • Actions en faveur d'une information plus large des mineurs par des consultations pour la contraception et des informations individuelles et collectives sur les méthodes de régulation des naissances et d'autres thématiques connexes ; • Actions pour un développement plus harmonieux des enfants de 0 à 6 ans par des consultations, la promotion de la vaccination et des actions de prévention médico-psycho-sociale dans les centres de consultation et les écoles maternelles pour la prévention et le dépistage des handicaps • Elaboration en cours d'un Schéma territorial d'actions d'information, de prévention et d'éducation • Travail efficace de la Cellule de Recueil et de traitement des Informations Préoccupantes (environ 1500 signalements par an depuis 2009) • Adoption et recherche des origines ; • Accompagnement post-adoption • Allocation mensuelle devant permettre le maintien du mineur dans sa famille, • L'accompagnement des retours dans le milieu familial après un placement ; • le soutien des jeunes femmes enceintes et des jeunes majeurs de 18 à 21 ans ; • Aide Educative à Domicile par une prestation préventive d'aide sociale à l'enfance pour soutien matériel et éducatif à la famille ; • Contrat Jeune Majeur : dispositif dédié aux jeunes majeurs en difficulté 	<p>lesquels les réponses ne sont pas toujours adaptées.</p>	

Forces	Faiblesses	Opportunités
Violence intra-familiale		
<p>La médiatisation s'est renforcée ;</p> <p>Action du CPIOF (ex AMIOF) ;</p> <p>Ateliers autour de la sexualité au niveau des lycées sur la violence sexuelle ;</p> <p>La représentation hommes/femmes plus égalitaire ;</p> <p>CMP propose de faire venir une équipe au niveau des écoles ;</p> <p>Amélioration du repérage ;</p> <p>Groupe de parole de l'AMEVIT ;</p> <p>Existence d'un Centre Départemental de Ressourcement et d'Accompagnement dans la vie (CENDRA) accueille et suit des femmes victimes de violences et leurs enfants ;</p>	<p>Absence de comptage à l'échelle du territoire ;</p> <p>Pas de lisibilité et manque de coordination ;</p> <p>Manque de communication ;</p> <p>Violence psychologique ;</p> <p>Délais trop longs et manque de réactivité lors des informations préoccupantes ;</p> <p>Insuffisance des moyens de mise en œuvre de protection et du traitement des enfants ;</p> <p>Défaut de coordination et de connaissances des ressources ;</p> <p>Insuffisance des ressources ;</p> <p>Déficit de centres de sevrage</p>	<p>Travailler sur les apprentissages et les représentations</p> <p>Développement du centre régional du psycho trauma</p> <p>Développer des actions éducatives</p> <p>Développer des aptitudes à faire face aux conflits sans recourir à la violence</p> <p>Inciter les collectivités à créer des groupes de pairs concernés par la violence (mobilisation des CCAS de maison de quartier et identification de leader)</p> <p>Diversifier les actions de prévention et de soins en addictologie</p> <p>Créer un service de sevrage complexe</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités
Précarité économique		
<p>Mise en place d'une équipe mobile de repérage CHMD ;</p> <p>Epicerie solidaire pour les personnes repérées par les CCAS ;</p> <p>Formation sur le budget ;</p> <p>Intervention de la Croix-Rouge ;</p> <p>Rôle de l'UDAF pour les familles précaires ;</p> <p>Secours catholique et autres associations caritatives ;</p> <p>Plan d'actions de l'Economie Sociale et Solidaire (ESS) ;</p> <p>Versement du RSA ;</p> <p>Versement de prestations financières :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Secours exceptionnels aux personnes en grande précarité ▪ Fonds d'Aide aux Jeunes (FAJ) de 18 à 25 ans en grande difficulté d'insertion dont le montant est réparti entre les 3 Missions Locales ▪ Chèques d'accompagnement personnalisés aux personnes en situation d'urgence sociale ▪ Allocation mensuelle d'aide à l'enfance aux familles rencontrant des difficultés d'ordre éducatif, financier et social ; ▪ Accompagnement des jeunes de 18 à 30 ans très désocialisés et en grande précarité ; ▪ Promotion et accompagnement des bénéficiaires des épiceries, boutiques et ateliers solidaires ne disposant que des minimas sociaux ; ▪ Accompagnement des bénéficiaires du RSA sans domicile fixe ; ▪ Accompagnement spécifique des 50 ans et plus bénéficiaires du RSA pour une meilleure intégration professionnelle et le maintien dans l'emploi ; ▪ Accompagnement des personnes sous-main de justice ou sortants de prison bénéficiaires du RSA pour une meilleure intégration professionnelle ; ▪ Accompagnement spécifique des parents de familles monoparentales présentant des problèmes d'insertion sociale dans leur développement social et professionnel ; ▪ Accompagnement des publics potentiellement éligibles au Revenu de Solidarité (RSO) âgés de 55 à 65 ans et bénéficiaires du RSA depuis au moins deux ans ; ▪ Accompagnement individualisé vers et dans l'emploi des moins de 26 ans bénéficiaires du RSA ; ▪ Contribution à l'insertion sociale et l'insertion professionnelle des immigrés ; ▪ ATOUT INCLUSION : dispositif d'accompagnement social et professionnel dédié aux <u>jeunes fragilisés et menacés d'exclusion</u> (sans emploi et sans formation) 	<p><i>Chômage</i></p> <p><i>CHRS à développer (appartement de coordination) manque de place.</i></p>	

Forces	Faiblesses	Opportunités
Partenariat		
Rectorat : action non-respect du corps dans le cadre de santé plus	Prostitution ; Commerce du corps ; Plusieurs papas dans la cellule familiale ; Hyper sexualisation (média) des relations sociales ; Manque de représentation sociale Non-respect de son corps	

Forces	Faiblesses	Opportunités
Délinquance		
ASE PJJ Juges des enfants : COPIL situation complexes d'adolescents CHMD Aide à la réinsertion (agrément foyer d'insertion) ; Association d'insertion ATTRAIT ; Missions locales	Déficit de suivi post pénal ; Fragilité du jeune adulte (lâchage du jeune issu de l'ASE à 18 ans) ; Entre 18-25 ans aucune aide financière	

Forces	Faiblesses	Opportunités
Personnes âgées		
<p>Action de la ville de Schœlcher ;</p> <p>Gros morne (sentinelle du lien social) ;</p> <p>L'aide aux aidants ;</p> <p>Association des aidants du Nord ;</p> <p>Actions prévues dans le cadre du schéma de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap comme par exemple la mise en œuvre d'un transport à la demande ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ▪ L'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) ▪ Création et/ou financement d'établissements d'accueil pour personnes âgées : ▪ Les foyers-logements : chambres ou appartements non médicalisées proposées en location pour personnes avançant en âge souhaitant vivre en autonomie « chez elles » ▪ Les Unités de Soins Longue Durée (USLD) rattachées à des établissements sanitaires et destinées à des personnes très dépendantes ayant besoin d'une surveillance médicale ▪ Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en perte d'autonomie physique et/ou psychique ayant besoin d'une assistance constante ▪ Les Petites Unités de Vie (PUV) : EHPAD de 25 places ▪ Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA) 	<p>Personnes âgées isolées</p> <p>Pas de prise en charge</p> <p>Vivent dans des situations de pauvreté</p>	

Enjeux structurants

- Territorialisation et accessibilité de l'offre
- Coordination et interconnaissance mutuelle
- Communication
- Formation
- Développement d'outils numériques

Enjeux transversaux

- Addictions
- Développement d'une offre de pair-aidance

Enjeux spécifiques

- PEC des adolescents et jeunes en mal-être
- Prévention et PEC de la souffrance des familles
- Parcours de santé des personnes âgées
- Soutien aux professionnels (Promotion du mieux être et prévention du suicide)

Constats du groupe de travail N°2

- En Martinique, pas de parcours médicaux-sociaux, pas de rencontre entre les acteurs tant publics que privés. Pas d'effort pour aller vers l'autre. C'est un constat également partagé en métropole.
- Concernant le repérage, il se fait à l'école pour les enfants et adolescents et dans les rues pour les jeunes adultes (l'information est remontée à la municipalité). Si on parle de parcours de santé, il ne faut pas s'arrêter à la prise en charge, mais aussi parler du diagnostic précoce pour éviter l'accueil dans les structures de santé notamment les dys ainsi que les maladies chroniques.
- Il n'existe pas de parcours formalisé en santé mentale
 - Evaluer les besoins de la population en santé mentale (les temps, les moments, les âges, le contexte social) ?
 - Connaître les solutions déjà existantes
 - Proposer des nouvelles solutions
- Le parcours existe mais de nombreuses ruptures à cerner en amont et en aval.
- Rupture de parcours pendant les périodes transitoires (adolescents > adultes / adultes > sénior).
- Il existe des parcours plus ou moins bien formalisés, les personnes en crise sont hospitalisées puis pris en charge au CMP ordonnateur du soin, puis pris en charge en HDJ. Néanmoins, il n'existe pas de parcours formalisé en santé mentale.
- Dans un parcours, il y'a plusieurs étapes : pré-hospitalisation puis le « pendant » lors de la prise en charge en milieu hospitalier. La difficulté majeure c'est l'articulation avec les structures d'aval.
- Comment se coordonner ?
 - Manque de connaissances des médecins généralistes sur la santé mentale.
 - La dimension des études d'IDE psychiatrique est noyée dans le nouveau diplôme d'IDE générale et c'est une régression
- Charte du parcours de santé
 - Relation partenariale usagers/professionnels de santé
 - Comment faire respecter les droits de cette catégorie d'utilisateur ?
 - Besoin d'une coordination, via des coordinateurs des parcours qui assurent la liaison entre les différents acteurs.
- Autre difficulté, celle du manque de places dans les structures ! Difficulté à trouver des places, pour permettre au patient de trouver sa place dans la cité. Actuellement trop de patients restent hospitalisés par manque de parcours et de structures d'aval. Difficulté d'offres de places pour les personnes âgées, les personnes porteuses de handicap et les psychotiques prises en charge et ceux ayant des troubles mentaux dans la durée mais gardant un résiduel de trouble les rendant difficilement intégrables dans un logement.

- Problème de la réinsertion de ces publics qui reste problématique, d'hébergement et d'accès aux logements. C'est un vrai parcours du combattant pour l'utilisateur.
- Il y a aussi le rejet de la famille, cette situation de défaillance engendre des ruptures.

Réflexion : vers une co-construction communautaire

- ↗ Le modèle d'aujourd'hui est à revoir. Le territoire et ses acteurs doivent être le point de départ des politiques publiques. A quelle échelle faire le diagnostic ? Il faut mettre des nouveaux pôles et segmenter le territoire aux trois niveaux : commune (local), intercommunalité (intermédiaire), territoire de santé (global).
- ↗ Il semble impératif de définir la santé mentale au préalable afin d'en définir les besoins pour enfin proposer des solutions.
- ↗ Dans un premier temps, est-ce que la bonne méthode ne serait pas d'évaluer les besoins de la population en santé mentale (les temps, les moments, les âges, le contexte social) ? Face à cette évaluation, la seconde étape serait de connaître les solutions déjà existantes puis de réfléchir aux nouvelles à apporter.
- ↗ Il est nécessaire de faire la lumière sur le repérage primaire, la prise en charge sanitaire, l'accès aux droits et l'accompagnement des familles pour le parcours.
- ↗ Il est nécessaire de trouver des lieux adaptés pour chacun en fonction de sa temporalité. Le patient en phase aiguë nécessite des soins particuliers et spécifiques. Celui étant déjà stabilisé a besoin d'un autre environnement.
- ↗ Le temps en hôpital doit être réduit et permettre aux structures en réseau de prendre le relai.
- ↗ Dans le parcours, penser au passage de l'adolescence à l'âge adulte puis de l'âge adulte à l'âge sénior pour diminuer le nombre de rupture.
- ↗ Nécessité d'évaluation des besoins des patients et des groupes, car ce sont les familles qui sont en difficultés. La coordination aussi est nécessaire.

PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

Constats du groupe de travail N°2

- L'ambulatoire est assez bien développé il existe des CMP, des HDJ, CATTP, des groupes GEM groupe d'entraide mutuel nord, sud. Pour les adolescents : CMPP, et le SESSAD
- Équipe dédiée pour la prise en charge de certain public notamment les psychotiques.
- Autre équipe mobile pour la psychiatrie de la personne âgée, pour aller vers les EHPAD, une ressource pour soutenir les équipes.
- La population n'est pas au courant de ce qui existe sur le territoire.
- La réalité du secteur, la grande majorité des personnes prises en charge est dans le secteur public, 80% des personnes suivies est hors hôpital en coordination avec les IDE libéraux.

- ➡ Actuellement trop de patients restent hospitalisés par manque de parcours et de structures d'aval.
- ➡ Pourtant, la prise en charge ambulatoire est assez bien développée en Martinique CMP, HDJ, CATT, Groupes GEM, etc.

Réflexion :

- ↗ Il faut développer toutes les méthodes alternatives aux soins communautaires.
- ↗ Le CHMD souhaite mettre en place une équipe mobile validée par les autorités pour renforcer les soins pour cette population spécifique.
- ↗ Nécessité d'évaluation des politiques de prévention
- ↗ Mise en place d'un point d'accueil, d'une écoute famille et un accompagnement
- ↗ S'intéresser à l'épanouissement des personnes

PRISE EN CHARGE DE LA SANTE SOMATIQUE

Constats du groupe de travail N°2

- ➡ Les soins somatiques sont faits mais ils posent problèmes quand les patients ne veulent plus se faire traiter. Par exemple, la plupart des personnes atteintes d'une maladie mentale ont une mauvaise hygiène bucco-dentaire.
- ➡ Depuis début 2019, environ 5 personnes errantes mortes car elles n'ont pas eu accès aux soins de manière volontaire.

PARCOURS DE SOINS COORDONNES POUR LES PERSONNES SOUFFRANT D'UNE PATHOLOGIE GRAVE

Constats du groupe de travail N°2

- ➡ Qu'entend-on d'une pathologie mentale grave ?
- ➡ Les parcours existent mais jalonnés de ruptures de traitement pour les patients.
- ➡ Parfois endettement de la famille pour des consultations.
- ➡ Pas de coordination entre les différents professionnels.
- ➡ Diminution des lits au Centre Hospitalier Maurice Despinoy. Ils sont pourtant indispensables.
- ➡ Jamais de compte rendu du CMP. Aucun courrier du CHMD. C'est un problème récurrent.
- ➡ La transmission des comptes-rendus est une obligation. Ce problème est d'ordre organisationnel.

- Dispositifs CHMD inconnus par les professionnels.
- Délais d'attente pour un rendez-vous avec un pédopsychiatre : 6 mois environ.
- Prise en charge non délicate par la police des individus consommateurs de crack et présentant des troubles psychiques.
- Régulation centre 15 : auparavant solution pratique avec l'équipe mobile en urgence psychiatrique (EMUP) qui intervenait sur place. Ces équipes ne sont plus présentes au SAMU. C'était une aide importante, qui connaissait les personnes.
- En revanche, le SAMU social travaille régulièrement avec l'EMERI.
- Existence d'un numéro de téléphone dédié aux urgences psychiatriques. Une infirmière répond systématiquement.

Réflexion :

- ✎ La transmission des informations est la solution à privilégier.
- ✎ Le Dossier Médical Partagé (DMP) le permet avec des comptes rendus (CR) exploitables. Mais qui l'alimente ? Les professionnels de santé, les patients ? C'est une solution chronophage pour les professionnels de santé.
- ✎ Augmenter les moyens de coordination somatique/psychiatrique
- ✎ Module particulier pour la formation des IDE en Martinique
- ✎ Remettre l'équipe EMUP au SAMU
- ✎ CPTS Madinina, association de coordination libérale porte actuellement deux projets : RRAC de l'épaule, Soins non programmés
- ✎ S'appuyer sur la CPTS La Madinina
- ✎ Possibilité de mettre en place une coordination des professionnels de santé libéraux pour les soins psychiatriques.
- ✎ Trouver des logements pour les personnes en souffrance psychique.
- ✎ A propos des diminutions de lits au Centre Hospitalier Maurice Despinoy, 3 solutions : Plus de lits d'hospitalisation ; Il faut organiser avant et avoir un fléchage ; Système post-urgence
- ✎ Avoir une structure en gérontologie structurée pour diminuer le nombre de personnes âgées en psychiatrie
- ✎ Besoin de prise en charge des pathologies comorbides toxico-addicto

DEVELOPPEMENT DE L'INTERCONNAISSANCE MUTUELLE, DES CONNAISSANCES, ET DES COMPETENCES, DES PROFESSIONNELS

Constats du groupe de travail N°2

- Quid des professionnels formés en santé mentale ?
 - Les nouveaux IDE ont perdu la sensibilité à la santé mentale,
 - Décroissance en nombre de psychiatre,
 - Absence de pédopsychiatre,

- Manque d'information pour les médecins généralistes.
- ➡ Il y'a une pauvreté des compétences.
- ➡ Actuellement deux CLS au niveau du Centre de l'île et 4 autres en phase de préfiguration.
- ➡ Pour revenir au parcours quand il s'agit d'adulte le 1er repérage se fait au niveau des quartiers, contrairement aux enfants où le repérage se fait en milieu scolaire. Le 2ème repérage se fait par l'inter secteur psychiatrique quand il s'agit d'adulte. Le 3ème niveau est quant à lui réalisé par le service psychiatrique quand le patient est hospitalisé.
- ➡ Pour la police municipale, difficulté de repérage des parcours car pas d'interlocuteur.
- ➡ La question ne se pose pas en termes de parcours mais de coordination. L'absence de coordination empêche le parcours. Le territoire a plutôt une bonne couverture d'équipement mais une mauvaise coordination entre le public et le privé.
- ➡ En amont, manque de construction de trajet, chaque OPJ qui intervient sur la délivrance a sa propre interprétation. En aval, pas d'information au bailleur qui aurait pu mettre en place un accompagnement social. Les bailleurs ont l'obligation de sécurité des populations et d'accompagnement social, en relation avec la CTM. Les deux extrêmes doivent être assurés pour mettre en place une trajectoire de soin.
- ➡ Nécessité de partager les compétences

Réflexion :

- ↗ Former les médecins généralistes, notamment avec des stages en psychiatrie.
- ↗ Les politiques publiques doivent cibler les moyens les plus pertinents dans les territoires définis.
- ↗ Le point de départ de toutes filières confondues doit être la rencontre entre professionnels.
- ↗ Réfléchir sur la question de ces filières, un parcours de santé oui, mais nécessité d'un diagnostic partagé pour les populations avec un risque particulier.
- ↗ Réfléchir sur la prévention primaire, l'intervention secondaire et tertiaire.
- ↗ Besoin d'identification des acteurs à travers un annuaire professionnel (sanitaire/médico-social/social)

FORMATION PROFESSIONNELLE

Constats du groupe de travail N°2

- ➡ CHMD organise Les formations des professionnels et développe un programme pro-famille, sur l'ensemble du territoire, pour aider les familles à gérer les situations de crise et aussi l'accompagnement aux soins. La famille est très importante dans la prise en charge.

Constats du groupe de travail N°2

- ➔ Il existe une formation de santé pairs 32 personnes inscrites sur la France entière

Constats du groupe de travail N°2

- ➔ La dimension des études d'IDE psychiatrique est noyée dans le nouveau diplôme d'IDE générale et c'est une régression. Actuellement le modèle de formation est spécifiquement somatique pour les IDE. La psychiatrie est devenue incongrue. Les nouveaux IDE ont perdu la sensibilité psychiatrique.
- ➔ De même que les nouveaux médecins devraient avoir un module psychiatrique car ne sont pas à l'aise dans leur cabinet avec ce type de patients.
- ➔ En Martinique il y a une décroissance des psychiatres et la pédopsychiatrie est en déshérence totale.
- ➔ Ouverture dans une loi de santé permettant l'agrément de médecins étrangers. L'ARS a réuni un certain nombre de personnes pour la mise en place de la commission d'agrément. Il ne suffira pas d'être candidat, il sera nécessaire de mettre en place un filtre.
- ➔ Dans l'optique des savoirs et des compétences les contrats locaux vont permettre d'avoir un espace de partage de compétences.
- ➔ Si on veut porter les politiques publiques il faut tenir compte des 4 territoires, car la population du centre n'a pas les mêmes préoccupations que les populations du Nord caraïbes, du Sud et du Nord Atlantique. Il faut donner une vision.
- ➔ Les structures s'occupant de jeunes (y compris les établissements scolaires) ont besoin d'être accompagnées et d'aide pour monter en compétences.

Constats du groupe de travail N°2

- ➔ Les résultats ne sont pas à la hauteur des moyens attribués. Plusieurs associations s'occupent de la prévention sur le territoire, quelles sont-elles ? Quelles sont les ressources allouées pour les actions ? Il faut évaluer ces préventions et repérer l'impact des préventions. Certaines populations souffrent plus que d'autres (enfants, adolescents, personnes âgées, personnes en état de crise). Il est essentiel de porter un accent particulier sur ces populations, cela doit être une priorité.

- Certaines populations souffrent plus que d'autres (enfants, adolescents, personnes âgées, personnes en état de crise). Il est essentiel de porter un accent particulier sur ces populations, cela doit être une priorité. La prévention est un enjeu majeur
- La prévention est large, elle débute, par exemple, sur le terrain de foot. C'est donc le confort de vie : le transport donné aux personnes pour se déplacer, l'accès aux soins, etc. Les structures alternatives aux soins, c'est l'éducation à la santé, « bien boire, bien manger », etc. Cette prévention a un impact sur le physique et le mental.
- 62 % des jeunes qui sont en déshérences dans les bourgs ne connaissent aucun lieu, aucune institution, n'ont aucune famille pour leur permettre de connaître ces 5 domaines : la santé, l'environnement, l'autonomie personnelle, la participation sociale, l'identité personnelle.
- Conséquences sur la santé, l'environnement de la personne, l'autonomie personnelle, la participation sociale et l'identité personnelle.
- La prévention de la santé mentale est donc une priorité en matière de déshérence, notamment pour les adolescents avec des troubles du comportement.

Réflexion :

- ↗ Soutenir le rôle associatif. Le sport et la culture sont des lieux et des moments à privilégier. Il faut
- ↗ Soutenir les associations, notamment financièrement.
- ↗ Valoriser les comportements exemplaires, diffuser des messages positifs et structurants au niveau des médias
- ↗ Augmenter la prévention du bien-être des enfants
- ↗ Nécessité de prévention primaire au niveau des jeunes pour éviter des prises en charge précoces
- ↗ Effort particulier pour les familles démissionnaires

Groupe de travail 2 : Garantir des parcours de soins coordonnés

Forces	Faiblesses	Projets
Parcours de soins coordonnés pour les personnes souffrant d'une pathologie grave		
<p>Solutions alternatives à la fermeture des lits au CHMD</p> <p>Existence d'une équipe mobile au CHMD pour aller au-devant des personnes à leur domicile.</p> <p>Equipe mobile de gériatrie</p> <p>Approche projet de réhabilitation psychosociale incluant en parallèle différents acteurs liés aux problématiques de la personne</p> <p>La CPTS Madinina pourrait porter un projet de coordination entre les professionnels de santé</p>	<p>Rupture en amont et en aval</p> <p>Pas de parcours formalisé</p> <p>Manque de connaissances des médecins généralistes sur la santé mentale</p> <p>Les IDE pas suffisamment formés à la santé mentale</p> <p>Incapacité des professionnels à prendre en charge les jeunes</p> <p>Manque de relation partenariale usagers/professionnels de santé</p> <p>Peu de comptes-rendus du Centre Hospitalier Maurice Despinoy envoyés aux professionnels libéraux</p> <p>Dispositifs CHMD inconnus par les professionnels.</p> <p>Disparition du réseau addiction à la fin de l'année 2019</p> <p>Manque de communication auprès de la population et aux médecins traitants sur les solutions existantes</p> <p>Manque une équipe santé mentale au SAMU pour la régulation</p> <p>Manque de lits</p> <p>L'offre pas suffisamment organisée</p> <p>Manque d'un annuaire des ressources et des structures sanitaires/médico-sociales/sociales</p> <p>Manque de projet d'accompagnement</p> <p>Résistance familiale</p> <p>Problème de réponse en aval</p> <p>De plus en plus de jeunes touchés</p> <p>Augmentation des comportements dyssociaux des jeunes</p> <p>Manque de dépistage des psychotiques (école, cabinet médical, ...)</p>	<p>S'appuyer sur la PTA et la CPTS Madinina</p> <p>Elaborer des outils spécifiques à la santé mentale dans le projet porté par l'ARS « @nsanm Martinique »</p> <p>Avoir une structure en gériatrie structurée pour diminuer le nombre de personnes âgées en psychiatrie</p> <p>Besoin de prise en charge des pathologies co-morbides toxico/addicto</p> <p>Mise en place de pairs et de référents</p> <p>Remettre l'équipe mobile en urgence psychiatrique (EMUP) au SAMU</p> <p>Augmenter les moyens de coordination somatique/psychiatrique</p> <p>Mise en place du dossier médical partagé (DMP)</p>

Forces	Faiblesses	Projets
Prises en charge ambulatoires		
<p>La prise en charge ambulatoire est assez bien développée en Martinique CMP, HDJ, CATTP, Groupes GEM, etc.</p> <p>Equipe mobile de soins intensifs pour prolonger les soins à domicile</p>	<p>Beaucoup de patients restent hospitalisés par manque de parcours et de structures d'aval.</p> <p>La population n'est pas au courant de ce qui existe sur le territoire.</p> <p>Résistance des familles pour le retour à domicile des patients</p>	<p>Mise en place d'un point d'accueil, d'une écoute famille et un accompagnement</p> <p>S'intéresser à l'épanouissement des personnes</p>

Forces	Faiblesses	Projets
Interconnaissance des professionnels		
	<p>Manque d'un Répertoire des acteurs en santé mentale</p> <p>Manque de coordination interprofessionnelle</p>	<p>Besoin d'identification des acteurs à travers un annuaire professionnel (sanitaire/médico-social/social)</p> <p>Former les médecins généralistes, notamment avec des stages en psychiatrie</p>

Forces	Faiblesses	Projets
Parcours santé mentale		
	<p>Pas de parcours formalisés en santé mentale en Martinique</p> <p>L'absence de coordination empêche le parcours</p> <p>Rupture de parcours pendant les périodes transitoires (adolescents à adultes et adultes à seniors)</p> <p>Difficulté des professionnels en santé mentale de prendre en charge car doivent respecter les droits des patients</p> <p>Manque de repérage primaire, de prise en charge sanitaire,</p> <p>Pas d'accès aux droits et d'accompagnement des familles</p>	<p>Le temps en hôpital doit être réduit et permettre aux structures en réseau de prendre le relai.</p> <p>Mise en place d'un système d'alerte pour éviter les ruptures de traitement</p>

Forces	Faiblesses	Projets
Développement des connaissances et des compétences des professionnels		
Formation sur 2 ans au CHMD d'IDE (expertise en psychiatrie)	<p>Les nouveaux IDE ont perdu la sensibilité à la santé mentale</p> <p>Décroissance en nombre de psychiatre,</p> <p>Absence de pédopsychiatre,</p> <p>Manque de formation pour les médecins généralistes.</p> <p>Manque de communication</p> <p>Difficulté de repérage des parcours pour la police municipale car pas d'interlocuteurs.</p> <p>Manque de modules psychiatriques pour les nouveaux médecins</p> <p>Les structures s'occupant de jeunes (y compris les établissements scolaires) ont besoin d'être accompagnées et d'aide pour monter en compétences</p>	<p>Nécessité de partager les compétences</p>

Forces	Faiblesses	Projets
Prévention repérage diagnostic		
Actuellement deux CLS au niveau du Centre de l'île et 4 autres en phase de préfiguration	<p>Les résultats ne sont pas à la hauteur des moyens attribués.</p> <p>Certaines populations souffrent plus que d'autres (enfants, adolescents, personnes âgées, personnes en état de crise).</p>	<p>Soutenir le rôle associatif. Le sport et la culture sont des lieux et des moments à privilégier. Il faut soutenir les associations, notamment financièrement.</p> <p>Valoriser les comportements exemplaires, diffuser des messages positifs et structurants au niveau des médias</p> <p>Augmenter la prévention du bien-être des enfants</p> <p>Nécessité de prévention primaire au niveau des jeunes pour éviter des prises en charge précoces</p> <p>Effort particulier pour les familles démissionnaires</p>

Enjeux structurants	Enjeux transversaux	Enjeux spécifiques
<ul style="list-style-type: none">• Parcours de soins (organisé autour du numérique)		<ul style="list-style-type: none">• Parcours ciblant des populations :<ul style="list-style-type: none">• Psychotiques chroniques• Géroto• Adolescents• Personnes en souffrance• Populations en situation de précarité• Addicto

LES BESOINS NON COUVERTS

- ➔ Des besoins, identifiés par les deux établissements CHUM et CHMD, sont actuellement, non couverts notamment au niveau de l'accueil aux urgences pédiatrique et du suivi psychologique voir psychiatrique au niveau de la MFME qui entraîne des difficultés pour l'orientation de certains jeunes patients vers une hospitalisation.
Deux projets ont été déposés auprès de l'ARS pour couvrir ces besoins.
 - **Unité de post urgence pouvant recevoir des patients sous contrainte**
 - Le problème central des lits post-urgence notamment pour les patients sous contrainte a, de nouveau été évoqué. L'ouverture du centre de crise au CHUM à une orientation plutôt suicidaire et pour patients en soins libre, en lieu et place de l'Unité 72 existante, a entraîné un déficit de places de post-urgence pour les patients psychiatriques sous contrainte et pour des prises en charge courtes sur le site des urgences du CHUM.
 - L'intérêt des lits post-urgence, accolés au lieu des urgences est un diagnostic partagé par les associations d'usagers. Ces lits doivent être gérés par le CHMD, si on se réfère à la loi du 5 juillet 2011 qui précise l'habilitation nécessaire pour recevoir les patients sous contrainte. Actuellement le CHMD est seul à avoir cette habilitation.
 - Le CHMD a eu à faire face à une diminution de ces lits dans une période très courte, de 272 est passé à 225 lits, et devrait perdre encore 25 lits d'ici 3 ans. Cette unité de post-urgence permettrait de gérer les crises aiguës rapidement résolutive puis d'orienter vers les CMP les patients sans passer une hospitalisation à Mangot-Vulcin.
 - De plus ces lits de post-urgence, en évitant un passage, encore éprouvant en institution psychiatrique, facilitent l'inscription de ses usagers dans un parcours de soins psychiatrique moins stigmatisant notamment pour les personnes confrontées pour la 1ère fois à la maladie mentale.
 - Les conditions actuelles aux urgences sont véritablement problématiques (violence, contention) à cause de locaux inadéquats et d'une filière d'hospitalisation totalement engorgée. Les lits de post-urgence favoriseraient non seulement une meilleure réponse aux situations posées avec recours ou non à l'hospitalisation, mais permettraient aussi une prise en charge décente dans des locaux qui devront être adaptés.
 - **Meilleure coordination urgences psychiatrique et CHMD**
 - C'est la filière urgence dans son ensemble qui doit être mieux coordonnée entre les CMP du CHMD, les Urgences psychiatriques du CHUM et les lits d'hospitalisation du CHMD.
 - Beaucoup de psychiatres aux urgences psychiatrique ne connaissent pas l'offre de soins en Martinique, beaucoup sont des intérimaires présents seulement quelques semaines et partent faire des remplacements ailleurs.
 - La difficulté c'est d'avoir deux établissements qui gèrent la psychiatrie l'un avec les habilitations sous contrainte et l'autre autorisé à recevoir aux urgences les usagers.
 - Le CHUM et le CHMD n'ont pas le dossier partagé du patient, le problème de coordination se retrouvera tout au long du diagnostic.
 - De plus, les infirmiers aux urgences psychiatriques ne sont pas toujours bien formés à la psychiatrie (pool de remplacement infirmier commun à tout le CHUM).

- Constat : prise de fonction stressante pour certains IDE aux urgences psychiatrique, difficulté pour les IDE d'effectuer des prises en charge appropriées ou pertinentes. Les temps incompressibles pour les former à la discipline psychiatrique.
- Le CHMD a fait le choix d'organiser une formation spécialisée en psychiatrie de deux ans et demi pour les IDE dont l'objectif est d'obtenir un niveau d'expertise accrue dans la discipline.

➤ **Réinstaller une équipe mobile d'urgence psychiatrique (EMUP)**

- Les hébergements sociaux et médico-sociaux, les CHRS sont confrontés à des résidents présentant régulièrement des tableaux psychiatriques aigus associé ou non à des consommations de toxiques. Ces personnes sont envoyées aux urgences et ne sont pas prises en charge à cause du manque de lits de post urgence.
- La croix rouge à faire face à la même problématique.
- Quand les familles font des démarches et se retrouvent avec le patient non pris en charge, elles sont face à des situations inextricables avec un niveau de dangerosité important pour l'entourage ou le patient lui-même.
- Un rappel est fait sur l'équipe mobile située au niveau du SAMU (EMUP) qui intervenait sur la crise et facilitait la prise en charge des personnes en crise sur l'ensemble du territoire. Ce dispositif était très facilitateur pour certaine hospitalisation car il coordonnait les moyens sanitaires et les forces de l'ordre. Cette expertise au cœur même du SAMU avait son importance, car permettait au SAMU de ne se déplacer qu'après une première évaluation et une expertise d'infirmiers psychiatriques dépêchés sur place.
- Les CMP eux interviennent sur les crises uniquement dans la journée et pas tous les CMP.

➤ **Un service pour traiter de la comorbidité psychiatrique/addiction.**

- Depuis de nombreuses années les besoins d'un service de comorbidité : addiction/psychiatrie a été exprimé. Ce projet a fait partie des SROS précédents et d'un avis plutôt favorable des experts venu évaluer le projet COPERMO. Ces derniers proposaient même une localisation sur le site de Mangot pour réunir en un lieu unique psychiatrie et Addiction.
- Le problème des moyens alloués à l'Addiction revient régulièrement, tous comme les difficultés à stabiliser un patient sous toxique, un projet commun autour de ce type de structure doit se mettre en place.
- La question des lits de sevrage complexe reste aussi en suspens, bien qu'il existe de lits de sevrage sur l'hôpital du Saint Esprit, la disparition de ceux de Trinité et le manque de coordination entre les différents établissements posent problème.

➤ **Besoin d'une équipe spécialisée de jeune adulte psychotique.**

- Les troubles psychotiques font partie des troubles mentaux sévères et touchent environ 1 % de la population. Ils débutent le plus souvent chez les adolescents et les adultes jeunes et peuvent être ignorés pendant plusieurs mois, voire plusieurs années.
- Lorsqu'elle est non traitée, la psychose occasionne beaucoup de souffrance et son impact se répercute à divers degrés sur le fonctionnement social, familial, scolaire et professionnel.
- La prise en charge d'un premier épisode psychotique (PEP) doit être le plus précoce possible afin de limiter au maximum l'impact de la psychose sur la vie du sujet.
- Ainsi, des programmes spécialisés dans l'intervention précoce et intensive pour les patients présentant un PEP ont été développés depuis une quinzaine d'années. Ils visent à faciliter l'accès aux soins et à dé stigmatiser la psychose auprès des jeunes patients et de leurs familles, souvent réticents à établir un lien avec les services de psychiatrie.
- L'intervention précoce a pour but de réduire le délai entre la survenue du PEP et la mise en place de soins, afin d'améliorer le pronostic

- ➡ Il n'existe pas de pédopsychiatrie de ville en Martinique,
- ➡ Il y a de moins en moins de formation de pédopsychiatres, la spécificité n'est pas choisie par les nouveaux médecins
- ➡ Répartition des tâches entre les CMP et les CMPP ? La population connaît elle la différence ?
 - CMPP association privée
 - CMP public l'attente est de quelques semaines à 3 mois, les rendez-vous sont classés en fonction des priorités. Si RDV, la prise en charge sur du long court demande encore un délai le temps de finir avec les prises en charge en cours. Le CMP porte les cas les plus lourds.
 - Pourquoi doit-on attendre autant de temps pour la prise en charge au CMP ?
- ➡ La demande dépasse l'offre. Le manque de poste de pédopsychiatres est à déplorer.
- ➡ Besoin d'une plage horaire pour accueillir les urgences au niveau des CMP pour pallier au besoin non couvert.

Groupe de travail 3 : Garantir une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité

Forces	Faiblesses	Opportunités
Télémédecine		
Existence d'un numéro d'astreinte par les psychiatres du CHU, pour répondre aux professionnels, IDE, sage femmes etc...	<p>Pas d'outils de télémédecine, ni de télémédecine de psychiatrie en Martinique</p> <p>Est-ce pertinent (petit territoire) ?</p> <p>La télémédecine devrait être utilisée en procédure dégradée, ou pour la psychiatrie de liaisons avec des structures type EHPAD</p>	Expérimenter quelques Télé consultations avec l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgées

Forces	Faiblesses	Opportunités
Développement de la pédopsychiatrie en ville		
	<p>Pas de pédopsychiatres de ville</p> <p>Pyramide des âges : des psychiatres de très âgés au moins jeunes pas de psychiatres entre deux</p> <p>Manque de pédopsychiatres</p>	<p>Demande de plus d'attractivité pour les internes</p> <p>Organisation de plages horaires pour accueillir les urgences au niveau des CMP pour pallier au besoin non couvert.</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités
Offre de réhabilitation psychosociale		
<p>Organisation au CHMD 1ère journée de la réhabilitation psychosociale le 7 novembre</p> <p>Organisation de réhabilitation par la thérapie artistique, par l'activité, le travail. (CHMD)</p> <p>Plusieurs acteurs sanitaires : hôpitaux de jours, CATT, appartements thérapeutiques, groupes de paroles, équipes mobiles type EMRI (équipe mobile de rue et d'insertion)</p> <p><u>HEBERGEMENT :</u></p> <p>CHRS : existence d'appartements de coordination avec un pôle hébergement, réinsertion sociale proposition d'un accompagnement médicale et sociale</p> <p>CHRS mise en place d'un réseau autour de la personne accompagnée</p> <p>LA MYRIAM (foyers d'hébergement femmes/hommes)</p> <p>ALEFPA (hébergement + accompagnement)</p> <p>Formation pair aide citoyenne des usagers (2020) Pilote projet : association Equinoxe</p> <p>Au niveau du médico- social, il existe les foyers de vie, 1 SAMSAH (tous handicaps) et les structures autour de la réhabilitation par le travail type ESAT</p> <p>ACISE</p> <p>DEAC (dispositif emploi accompagné)</p> <p>3 GEM (Centre, Sud et NA)</p> <p>Association Tombolo</p> <p>Le REV (Réseau des Entendeurs de Voix)</p> <p>GEM nord caraïbe en cours</p>	<p>Programmes de réhabilitation non encore totalement formalisés et validés.</p> <p>Peu de programmes psychosociaux sur le territoire hors CHMD</p> <p>Manque de lit d'aval post hospitalisation qui fait augmenter les durées d'hospitalisations.</p> <p>Absence de SAVS et de SAMSSAH orientation psy</p>	<p>Reconduction périodique journée sur le rétablissement (Échanges de bonnes pratiques)</p> <p>Formalisation des programmes psychosociaux</p> <p>Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique en psychiatrie</p> <p>Poursuivre le programme pro-famille d'éducation thérapeutique (pérennité des financements)</p> <p>Création de SAMSAH et SAVS orientation psy</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités
Offre de soins spécialisés dans le psycho-traumatisme		
<p>Ouverture d'un centre référent du psycho trauma au CHUM financé par l'ARS.</p> <p>Dans le cadre du traumatisme, action portée par SOS KRIZ</p> <p>Mise en place de karaib-trauma qui a été mise en place suite au cyclone IRMA.</p> <p>Karaib trauma : CUMP zonal qui travaille en coordination avec les actions proposées.</p>	<p>La CUMP gérée par le CHU a besoin du personnel du CHMD en cas de mobilisation importante de professionnels avec difficulté au niveau des détachements, conventions, récupérations.</p> <p>SOS KRIZ n'est pas un service de soins</p>	<p>Centralisation des besoins en ressource humaines et en mobilisation, centralisé au sein d'un même établissement psychiatrique</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités
Prise en charge des personnes en détention		
<p>Au SMPR suivi des détenus ayant des troubles mentaux volontaires pour se soigner. Lors des grosses décompensations orientation vers l'unité de soins psychiatrique (USIP). Unité fermée.</p> <p>Sous-main de justice :</p> <p>Prise en charge au CMP pour les obligations de soins psychiatriques et le CSAPA pour les obligations de soins addictologiques</p>	<p>Difficulté de prises en charge pour les détenus mélangés aux autres patients avec nécessité d'imposer à tous des contraintes sécuritaires</p> <p>Locaux non appropriés</p> <p>Difficulté à recruter sur ces structures</p>	<p>Mise en place d'un projet UHSA inter-régional de préférence sur la Martinique pour éviter les escales entre la Guadeloupe et la Guyane.</p> <p>Création d'une unité d'hospitalisation spécialement aménagée pour prisonniers (UHSA) et une unité pour malades difficiles (UMD).avec délivrance de soins psychiatriques et somatiques adossées au CHMD</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités
Le recours aux soins sans consentement		
<p>Le CHMD seul établissement à recevoir les patients sous contrainte.</p>	<p>Manque de prise en charge en amont conduit à des soins sans consentement</p> <p>Prise en charge sans consentement très élevée en Martinique, le CHU en est le principal pourvoyeur (péril imminent et SDTU)</p> <p>Absence de structure post urgence capable de recevoir les soins sans consentement pour une très courte durée.</p> <p>Problème d'adéquations entre les prises en charges aux urgences du CHU et la législation qui impose que les certificats soit fait au CHMD</p> <p>Absence d'unité pour malades difficile en Antilles Guyane</p>	<p>Améliorer la prévention des rechutes (équipes mobiles : EMRI ; EMUP ; Soins intensif dans le milieu, Jeunes adultes psychotiques)</p> <p>Réouverture de l'U72 H</p> <p>Service d'urgence et de post urgence psychiatrique gérés par un seul établissement psychiatrique habilité à recevoir les patients sous contraintes</p> <p>Création d'une unité de 20 places d'UMD interrégionale adossées à une UHSA</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités
La recherche en psychiatrie		
<p>La Martinique bénéficie d'un service universitaire.</p>	<p>La recherche est limitée à certaine pathologie prise en charge au CHU</p> <p>Répartition des internes de psychiatrie très inégale d'un établissement à l'autre.</p>	<p>Etendre la recherche à l'ensemble de la psychiatrie en Martinique, notamment sur les pathologies chroniques que sont la Psychose et les troubles bipolaires.</p> <p>Un établissement de psychiatrie unique devrait résoudre cette difficulté</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités
Ressources et modèle de financement de la psychiatrie		
<p>Instauration en 2021 d'un nouveau financement pour l'ensemble des établissements publics, basé sur des critères populationnels et d'activité en autres.</p>	<p>Les données de l'urgence psychiatrique du CHUM ne sont pas intégrées à l'activité du CHMD</p> <p>Dotation à la file active : situation défavorable par rapport à la comparaison nationale</p> <p>Le CHU profite de toutes les consultations urgences psychiatriques : Perte de financement pour le CHMD.</p> <p>Les urgences psychiatriques sont dans les urgences générales</p> <p>La file active psychiatrique est confondue avec les 3000 passages de patients (les urgences psy au CHU représentent 10% des passages) non pris en compte par le CHMD</p>	<p>Intégrer l'activité de psychiatrie des urgences dans la psychiatrie (possibilité de comptabilisation de la partie somatique pour le CHU et la partie soins psychiatriques pour un établissement de psychiatrie unique</p> <p>Récupération par un DIM psychiatrie des données du CHUM et celles du CHMD</p> <p>Gestion d'un établissement unique centralisé de l'ensemble de la psychiatrie pourrait également répondre à cette problématique</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités
Les besoins en psychiatrie		
<p>Mise en place d'une formation spécialisée psychiatrie à trois niveaux avec pour objectif d'obtenir le titre d'IDE expert délivré au professionnel (CHMD)</p> <p>Bon niveau d'organisation des formations au niveau du CHMD</p> <p>Développement d'un programme pro-famille développe sur l'ensemble du territoire, forme les familles à gérer les situations de crise</p> <p>Existence d'un centre de crise suicide pour l'accompagnement des patients orientés par les urgences</p> <p>La Valériane est un soutien parcours fluide pour la prise en charge.</p> <p>Clinique ANSE COLAS</p> <p>L'ambulatoire (CMP) : CMP répartis sur les 4 territoires, HDJ, CATTP</p> <p>Pédopsychiatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8 CMP pédopsychiatriques - 1 HDJ spécialisé autisme, 1 centre pour adolescents, 1 unité d'hospitalisation de 10 lits, 2 placements familiaux thérapeutiques, 1 EMA équipe mobile pour adolescents <p>ITEP</p>	<p>Problème de violence et de contention lié à une insuffisance de Temps d'appréciation des psychiatres.</p> <p>Manque de formations de psychiatrie pour les IDE entraine des difficultés pour les IDE d'effectuer des prises en charge appropriées sur le terrain, appréhension.</p> <p>Peu d'accompagnement des familles</p> <p>Clinique ANSES COLLAS : Pas de partenariat ni de collaboration ou articulation avec la psychiatrie publique</p> <p>Fermeture de CMP de proximité mais remplacés par structures alternatives (manque de transport)</p> <p>Délai de prise en charge très long au CMP (de quelques semaines à 3 mois,)</p> <p>Besoin non couvert au niveau de l'accueil aux urgences pédiatrique et du suivi psychologique voir psychiatrique au niveau de la MFME</p> <p>Difficulté d'orientation de certains jeunes patients vers une hospitalisation.</p> <p>Manque de coordination entre les différents porteurs de projets pour favoriser les synergies et le maillage territorial</p>	<p>Organisation de formation IDE, y compris pour le celles qui travaillent dans les services de psychiatrie situés au CHUM</p> <p>Convention de mise en place de transports adéquats pour faciliter l'accès à certains CMP</p> <p>Faire aboutir un projet unique et coordonné d'interventions de la pédopsychiatrie aux urgences de la MFME et une pédopsychiatrie de liaison dans les étages</p> <p>Création d'une maison pour adolescents (centre pour adolescents saturé)</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités
	<p>Quelle organisation pour la psychiatrie ?</p> <p>Manque de visibilité pour le CHMD deux établissements qui gèrent la psychiatrie l'un avec les habilitations sous contrainte et l'autre autorisé à recevoir les usagers aux urgences</p> <p>Manque d'un plateau technique d'urgences psychiatriques (pas d'espace, pas de local, ni de personnel)</p> <p>Doublon de prise en charge (CHUM/CHMD)</p> <p>Absence de coordination entre CHUM/CHMD/CMP</p> <p>Pas de dossier partagé du patient entre le CHUM et le CHMD, pas de coordination</p> <p>Manque de prise en charge de l'urgence et de la rechute</p> <p>La fermeture de l'Unité 72 a entraîné un déficit de places de post-urgence pour les patients psychiatriques sous contrainte et pour des prises en charge courtes sur le site des urgences du CHUM.</p> <p>Manque d'une équipe-relai pour les patients en rupture de soins</p> <p>Manque de coordination avec les services des pompiers, de la gendarmerie pour les hospitalisations des personnes en décompensation</p> <p><u>Manque une EMRIC/EMUP</u></p> <p>(intervention au moment de la crise pour faciliter la prise en charge des personnes sur l'ensemble du territoire)</p>	<p>Meilleure coordination urgences psychiatrique et CHMD : la filière urgence dans son ensemble doit être mieux coordonnée entre les CMP du CHMD, les Urgences psychiatriques du CHUM et les lits d'hospitalisation du CHMD.</p> <p>Réinstaller une équipe mobile d'urgence psychiatrique (EMUP)</p> <p>Remise en place EMRIC/EMUP</p> <p>(VAD d'urgence : évaluation + gestion logistique en vue d'une éventuelle conduite aux UP)</p> <p>Favoriser des lits de post urgence, accolés aux urgences gérés par le CHMD, seul habilité pour recevoir les patients sous contrainte.</p> <p>Interventions précoces pour les personnes en rupture pour éviter le soin sans consentement</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités
<p>Existence d'une équipe mobile de gériatrie pour intervenir au niveau des EHPAD (facilite l'intégration en aval)</p>	<p>Comorbidité</p> <p>Patients présentant des comorbidités non pris en charge</p> <p>Déficit de lits de sevrage</p>	<p>Mettre en place un service pour traiter la comorbidité psychiatrique/addiction par un établissement habilité à recevoir des patients sous contraintes</p> <p>Réattribution de lits de sevrage</p> <p>Besoin d'une équipe spécialisée de jeune adulte psychotique.</p> <p>Besoin d'une équipe de soins intensif dans le milieu cible (les patients gros consommateurs d'hospitalisation) pour se rendre à leur domicile pour prévenir les hospitalisations grâce à un suivi intensif.</p> <p>Poursuivre le déploiement d'une équipe mobile de psychiatrie pour la personne âgée.</p>

Enjeux structurants

- Territorialisation et accessibilité de l'offre
- Coordination et interconnaissance mutuelle du somatique et de l'hospitalier

Enjeux transversaux

- Prévention des ruptures de soins et des retards diagnostic
- Améliorer la PEC des urgences psychiatriques

Enjeux spécifiques

- Développer une offre d'équipes mobiles
- Développer des dispositifs de PEC spécifiques UHSA/UMD
- Etendre la recherche à l'ensemble des domaines de la psychiatrie

Langage commun élaboré par le groupe de travail

- ▶ **Handicap mental** : personne ayant des souffrances mentales sans difficulté psychique et pour laquelle la société ne répond pas. Ce n'est pas à lui de s'adapter mais c'est à la société de le faire. Retard de développement.
- ▶ **Handicap psychique** : la maladie psychique inclue les personnes qui peuvent avoir des retards pas d'handicap mental pas de déficience mentale.
 - Loi de février 2005 qui reconnaît pour la 1ère fois la différence entre le handicap psychique et mental
 - Dans la plupart des cas le handicap mental est la conséquence d'une pathologie congénitale
 - Les personnes souffrant d'un handicap psychique, l'apparition des troubles se fait en général à la fin de l'adolescence. Ce sont des personnes qui ne présentent pas de déficience intellectuelle.
 - Les GEM sont confrontés aux demandes d'accompagnement des personnes en situation de handicap mental alors que leur vocation première est d'accompagner les personnes en situation de handicap psychique. Ces deux accompagnements sont complètement différents

ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL DES PERSONNES AYANT DES TROUBLES PSYCHIQUES SEVERES ET PERSISTANTS, EN SITUATION DE RUPTURES DE PARCOURS OU DE NON-RECOURS

- ➡ Manque de coordination et de responsabilité, chaque collectivité à son interprétation.
- ➡ Au niveau des ESAT les professionnels ne sont pas formés pour repérer le handicap psychique et mental.
- ➡ Trop souvent des personnes ayant besoin de soins sont mal identifiés, n'ont pas de prises en charge et se retrouvent finalement par défaut au centre pénitencier.
- ➡ Autre difficulté : trouver un logement pour celui qui sort de prison est très compliqué.
- ➡ Concernant les patients en rupture de soins, la famille alerte le CMP qui peut se déplacer.
- ➡ Les 3 résidences d'accueil d'accès au logement, ont trois fonctionnements différents, alors que la loi est la même pour tous.
- ➡ Au-delà du handicap psychique, sur la notion d'accompagnement au logement, mais en sortant du handicap psychique, quelle que soit la problématique de la personne, les difficultés sont telles que la gestion de la relation avec l'environnement de la personne accompagnée est très compliquée. , Aussi, il est très difficile de maintenir les personnes en autonomie au vu de l'ensemble des difficultés qu'ils rencontrent.
- ➡ Il y a une faiblesse de l'accompagnement sur toutes les problématiques du relogement quel que soit le format (famille ou personne seule).
- ➡ A quel moment pourra se faire la mise en place d'un système d'alerte, actuellement : inexistante.

- Au niveau du CMP, la procédure de perdu de vue permet d'organiser la reprise de contact mais si pas s'il n'y a pas de danger immédiat, il n'y a pas de possibilité de soumettre le patient aux soins s'il les refuse.
- Pour proposer un diagnostic et faire remonter au ministère Demande d'évaluation des personnes présentant des troubles psychiques sévère.
- La formation des pairs est indispensable pour faire de la médiation. La formation des pairs aidants n'existe pas en Martinique. Qui Ceux-ci peuvent avoir des attitudes de proximité et jouer sur la temporalité.

DROITS DES PERSONNES

Langage commun élaboré par le groupe de travail

Les droits des personnes incluent :

- ▶ Droits administratifs divers
- ▶ Droits citoyens :
 - Droit à l'autonomie et à un accompagnement médicosocial de qualité
 - Droit au logement et au maintien dans le logement (accompagnement)
 - Droit à la formation/emploi et au maintien dans l'emploi (accompagnement)
 - Droit aux loisirs et à la culture
 - Droit à la mobilité (libre circulation dans et hors l'hôpital)
- ▶ Droits humains :
 - Respect de la personne en tous lieux et à toute heure, y compris dans la « crise »
 - Droit d'accès au soin
 - Droit de choisir son mode de prise en charge
 - Droit de participer aux décisions médicales la concernant (participation aux décisions relatives au programme de soins en intra et en extra hospitalier)
 - Droit à la dignité dans le soin : maltraitance, contention et isolement y sont contraires ; droit à la bienveillance
 - Droit à un accompagnement médicosocial de qualité (→ rétablissement)
 - Droit à l'information (connaissance et promotion de ses droits)
 - Droit à la formation (ETP, pair aidance...)
 - Droit à une protection judiciaire si besoin, mais qui soit adaptée dans le temps
 - Droit de représentation dans les instances et dispositifs de démocratie sanitaire
 - Droit à l'éducation (scolarité : Education Nationale, enseignement supérieur)

RESPECT DES DROITS

- Les délais ne sont pas respectés. Les collectivités n'acceptent pas de recruter. Mais ce qui fait peur aux employeurs ce sont les handicaps psychiques.
- Pourtant la loi dit que toute personne qui est dans un emploi depuis plus d'un an doit être titularisée.
- Au niveau de la CACEM le service des ressources humaines mène une politique pour essayer d'accompagner ceux qui sont déjà en poste. Des efforts sont faits.
- Au niveau du CHMD il y a un EHPAD psychiatrique non reconnu par la tutelle.
- L'évaluation du handicap psychique la grille AGIR n'intègre pas le handicap psychique. Le handicap psychique n'est pas intégré dans les critères d'évaluation de la grille AGIR. Le CHMD est obligé de renforcer les équipes soignantes pour cette EHPAD, et le financement alloué est un financement EHPAD classique que le budget ne prend pas en compte. D'où le déficit structurel que cela engendre, alors qu'il y a nécessité de croiser le GIR avec les besoins en soins et le handicap psychique.
- Les Certains patients ayant des troubles psychiatriques et acceptés dans d'autres EHPAD, ces EHPAD mais ces EHPAD demandent un appui pour la leur prise en charge.

PROMOTION DES DROITS

- Dans le médicosocial la question est posée : « devez-vous faire les démarches après une orientation pour que les personnes prises en charge puissent avoir accès à ses leurs droits ? ».
- Mission La mission de l'association LA MYRIAM c'est de rétablir la personne dans ses droits. Ils effectuent toutes les démarches utiles dans ce sens (CGSS, CAF, mutuelle, soins, ...). Démanche à la sécu/CAF/pour les soins. Beaucoup d'entre eux n'ont pas de droits ouverts. La notification de placement en foyer émise par la MMPH sera la porte d'entrée pour leur permettre d'avoir l'ouverture des droits. Souvent les dossiers au niveau de la MDPH sont retardés par manque d'éléments et d'informations.
- Ce sont des personnes qui sont orientées par leur médecin traitant. Au niveau du CHMD, il y a une AS dans chaque service. Les droits sont remis lors des hospitalisations mais peuvent se perdre quand le patient à la sortie n'a pas fait le nécessaire pour maintenir ses droits ouverts. Il est alors perdu de vue.
- Si quelqu'un en errance fait une demande de logement, c'est à ce moment que 'on se rendra compte qu'il est en rupture de soins et que ses droits ne sont pas à jour. Et il sera donc remis dans le circuit.
- Description d'une situation : quand une la personne est prise en charge en institution, elle il pourra prétendre à ses droits. Dès lors qu'il qu'elle n'est plus suivi, il elle perd ses droits alors que nous sommes dans un pays de droit.
- La commission des droits et de l'autonomie a le pouvoir décisionnel pour la remise l'ouverture et la fermeture des droits.

Groupe de travail Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique

Forces	Faiblesses	Opportunités
Dispositifs, actions et interventions par les pairs		
3 GEM (centre, sud et nord atlantique)	<p>Absence de GEM dans le nord caraïbe</p> <p>Absence de formation à la pair-aidance depuis 2007 date de la création du 1^{er} GEM</p>	<p>Création GEM nord caraïbe</p> <p>Nécessité d'un programme de formation pluriannuel</p> <p>Mise en place d'une formation pair aidance (2020) : pilote association Equinoxe</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités
Accompagnement des personnes vers et dans l'emploi		
<p>L'Association AARPHA porte le SAMSAH Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés avec un parcours de réadaptation sociale et professionnelle des personnes handicapées (évaluation, formation) et un accompagnement de tout public adressé par la MMPH</p>	<p>ESAT qui accueille des personnes ayant des troubles psychiques : personnel pas très formé</p> <p>Capacité d'accueil insuffisante (longues listes d'attente)</p> <p>Pas d'ESAT de transition avant 2022</p> <p>Peu de visibilité pour les usagers</p>	<p>Former le personnel de tous les ESAT au handicap psychique</p> <p>Augmenter la capacité d'accueil</p> <p>Création d'ESAT orientation Handicap Psychique</p> <p>Création d'ESAT de Transition</p>
<p>Groupe d'handicap psychique, coaching (référents emploi accompagné)</p>	<p>Pas de référent-e « handicap » dans chaque agence Pôle Emploi</p>	<p>Communiquer auprès du public concerné sur la mission de Cap Emploi</p>
<p>CAP EMPLOI est un acteur important</p>	<p>Délai d'attente pour orientation MMPH bien trop long (1 an)</p>	<p>Former des référents troubles/handicap psychiques dans chaque agence Pôle Emploi</p>
<p>Pôle emploi de Sainte- Marie référent au niveau du handicap à la Martinique</p>		
<p>E.D.A.C : job coaching la personne à déjà une formation et est accompagnée vers l'emploi</p>	<p>Public handicap psychique non prioritaire</p>	<p>Augmenter la capacité d'accueil</p> <p>Réduire le délai d'attente pour la prise en charge</p>
<p>DEAC (dispositif emploi accompagné/job coaching) : accompagnement et maintien dans l'emploi de personnes ayant déjà une formation</p>		<p>Rappel public handicap psychique prioritaire</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités
Accès et maintien des personnes dans un logement autonome ou accompagné		
<p>Le parc HLM accueille des personnes en situation de handicap psychique elles ne sont pas toutes identifiées</p> <p>L'Association pour le Logement Social s'est engagée sur l'accompagnement spécifique de ce public (convention en cours de finalisation avec le CHMD)</p> <p>Le SIAO met en œuvre des réponses en matière d'hébergement avec une orientation vers les CHRS ou d'autres dispositifs (Croix Rouge, Alefpa, Allo Héberge-moi)</p>	<p>Les modalités de partenariat entre le milieu psychiatrique et les bailleurs n'existent pas</p> <p>L'absence d'identification par les bailleurs provoque, l'impréparation à la gestion des crises et des urgences</p> <p>Les professionnels de la psychiatrie ne connaissent pas le monde HLM et ses droits et devoirs</p> <p>Les professionnels du logement social ne connaissent pas le monde de la psychiatrie</p> <p>Peu de visibilité quant aux modalités d'accès à ces hébergements et peu de relation entre logement accompagné et logement autonome</p> <p>Insuffisance de l'offre d'hébergements, qu'ils soient adaptés, communautaires ou autonomes</p>	<p>Mieux organiser le partage de connaissance entre bailleurs et secteur psychiatrique pour une réponse adaptée au locataire</p> <p>Former les professionnels du logement social aux bons gestes</p> <p>Former les professionnels de la psychiatrie aux droits et obligation des bailleurs</p> <p>Déstigmatiser la maladie psychiatrique auprès des personnels de terrain des bailleurs sociaux</p> <p>Augmenter le nombre de de solutions d'hébergement diversifiées pour ce public</p> <p>Mise en place d'un « chez soi d'abord » en 2020</p> <p>Action 5 du Plan territorial pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées PTLHPD</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités
Accompagnement médicosocial des personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants, en situation de parcours ou de non-recours		
<p>Existence d'un SAMSAH polyhandicap (accompagnement médico-social)</p> <p>Au CHMD, parfois visite à domicile du personnel des CMP</p> <p>Création d'un CLSM (conseil local de santé mentale) au Lamentin, (coordination des acteurs dans le parcours de vie)</p> <p>Accompagnement thérapeutique par la Croix Rouge</p>	<p>Existence d'un SAMSAH polyhandicap (accompagnement médico-social)</p> <p>Au CHMD, parfois visite à domicile du personnel des CMP</p> <p>Création d'un CLSM (conseil local de santé mentale) au Lamentin, (coordination des acteurs dans le parcours de vie)</p> <p>Accompagnement thérapeutique par la Croix Rouge</p>	

Forces	Faiblesses	Opportunités
Respect du droit des personnes		
<p>Accès aux droits administratifs au sein de certaines institutions ou dispositifs</p> <p>Représentant des usagers dans certaines instances</p>	<p>Une fois à l'extérieur de l'institution psychiatrique, probabilité forte de rupture des droits</p> <p>Absence de représentation des usagers dans les instances de démocratie sanitaire</p> <p>Droits citoyens non respectés</p> <p>Droits des usagers et droits humains souvent pas respectés</p> <p>Manque de formation des professionnels (tous secteurs confondus) aux troubles/ handicap psychiques encore très largement méconnus</p> <p>MMPH : Délai trop long de traitement des dossiers</p>	<p>Promouvoir les droits des personnes</p> <p>Utiliser le guide de la CNSA Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques</p> <p>https://cnsa.fr/documentation/web_cnsa-dt-troubles_psy-2016.pdf</p> <p>Former les maires et les policiers municipaux sur les soins psychiatriques sans consentement</p> <p>Formation des usagers à la connaissance de leurs droits humains et citoyens et à leur mise en œuvre</p> <p>Former des professionnels référents « handicap psychique », notamment dans les lieux d'accueil potentiel de ce public</p> <p>(Recommandation du défenseur des droits en 2016)</p> <p>Mise en œuvre des programmes et outils de rétablissement</p> <p>Promouvoir la réhabilitation psycho-sociale et l'accompagnement vers les loisirs</p> <p>Réduire les délais MMPH de traitement des dossiers (4 mois réglementairement prévus, 6 mois maximum)</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités
Promotion des droits des personnes		
<p>Dans les GEM, à travers la démarche GEM et la formation pair aidance</p> <p>Association Tombolo à travers la démarche de rétablissement</p>	<p>Absence ou insuffisance de promotion au niveau</p> <ul style="list-style-type: none"> - du grand public - des professionnels tous secteurs confondus - du public concerné lui-même 	<p>Organiser des campagnes et des actions de promotion (de terrain, via les médias...) auprès</p> <ul style="list-style-type: none"> - des personnes concernées elles-mêmes - des professionnels - du grand public

Forces	Faiblesses	Opportunités
Langage commun par exemple sur la temporalité, sur la notion d'invalidité, de handicap		
	<p>Méconnaissance de qui fait quoi, et de ce qui se fait de part et d'autre : pas d'interconnaissance des acteurs de la psychiatrie et les acteurs du médico-social car faible partenariat avec les acteurs externes au milieu médical</p>	<p>Créer des espaces/temps de rencontres entre ces divers acteurs (séminaires, colloques, journées d'échange</p> <p>Répertoire des acteurs de la santé mentale</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités
Lutte contre la stigmatisation		
<p>SISM</p> <p>Au CHMD le programme PROFAMILLE (psycho-éducation pour les familles d'usagers afin de leur donner des outils pour une meilleure connaissance /gestion des troubles (2020)</p>	<p>Stigmatisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - parfois au sein même des familles - par les personnes elles-mêmes concernées (auto-stigmatisation) - dans les milieux professionnels, y compris ceux censés prendre en charge et accompagner ce public - dans la population générale - dans les media <p>Discrimination dans l'accès aux droits citoyens (accès au logement/emploi/loisirs...)</p>	<p>Développer la semaine d'information sur la santé mentale SISM</p> <p>Aller à la rencontre de la population :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organiser une Mad Pride (événement public festif autour de la « folie ») - Organiser une caravane de l'inclusion pour parler de santé mentale <p>Dans les quartiers : interventions auprès des habitants (formation/information)</p> <p>Mise en place de programmes de réhabilitation psychosociale</p> <p>Donner la parole aux usagers (vécu expérientiel)</p> <p>Prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer la communication sur la santé mentale et les troubles psychiques (construire des méthodes et programmes afin de professionnaliser la démarche) - Mise en place de programmes de formation (tous publics) aux premiers secours en santé mentale (PSSM) - Mise en place de programmes d'éducation à la santé mentale et aux troubles psychiques en milieu scolaire (partenariat avec l'Education Nationale, l'université et les établissements privés) <p>Mise en place d'un partenariat avec le service public de l'audiovisuel sur le traitement de la santé mentale (formation des journalistes pour une médiatisation positive des troubles psychiques et mentaux)</p> <p>Organisation de Portes ouvertes par les établissements et dispositifs accueillant ce public</p> <p>Logement inclusif : œuvrer avec les bailleurs sociaux et former les gardiens d'immeubles dans le logement social</p> <p>Culture : introduire un espace de débat et un domaine de Recherche sur l'ethnopsychiatrie (travailler sur le magico-religieux)</p> <p>Spots dans les lieux publics pour démystifier les troubles psychiques</p> <p>Réalisation de films et de courts métrages (concours) sur la santé mentale et les troubles psychiques</p>

Enjeux structurants	Enjeux transversaux	Enjeux spécifiques
<ul style="list-style-type: none">• Parcours de vie, de santé et de soins	<ul style="list-style-type: none">• Développement d'un programme de réhabilitation	<ul style="list-style-type: none">• Accès et maintien dans le logement• Accès et maintien dans l'emploi• Promotion et respect des droits des personnes

Enjeux structurants

- Territorialisation et accessibilité de l'offre
- Coordination et interconnaissance mutuelle
- Communication
- Formation
- Développement d'outils numériques
- Parcours de Santé Mentale
- Parcours de soins (organisé autour du numérique)

Enjeux transversaux

- PEC des adolescents et jeunes en mal-être
- PEC des personnes âgées
- PEC des psychotiques chroniques
- PEC des Comorbidité addictions
- Pair-aidance
- Réhabilitation
- Prévention des ruptures de soins et des retards diagnostic
- Améliorer la PEC des urgences psychiatriques
- Développer une offre d'équipes mobiles

Enjeux spécifiques

- Prévention et PEC de la souffrance des familles
- Soutien aux professionnels (prévention suicide)
- Accès et maintien dans le logement
- Accès et maintien dans l'emploi
- Promotion et respect des droits des personnes
- Développer des dispositifs de PEC spécifiques UHSA/UMD
- Etendre la recherche à l'ensemble des domaines de la psychiatrie
- PEC des personnes en souffrance
- PEC des personnes en situation de précarité

Glossaire

Atelier Santé Ville - ASV	<p>L'atelier santé ville (ASV) est le fruit d'une démarche territoriale visant à rapprocher les acteurs de la politique de la ville et les professionnels de la santé afin d'élaborer des programmes de santé adaptés au niveau local, avec notamment la participation des habitants. Les ASV doivent améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations des territoires de la politique de la ville, qu'elles soient menées par les institutions, le monde associatif ou les acteurs de santé du service public ou privé. Leur finalité est de réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé, en s'appuyant sur une dynamique partenariale.</p> <p>L'ASV a vocation à:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie. - faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien à des réseaux médico-sociaux - diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site - rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun - développer la participation de la population à toutes les phases des programmes (diagnostic, définition de priorités, programmation, mise en œuvre et évaluation) - développer la concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés par ces programmes
Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA)	<p>Un Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) est un foyer ou dispositif hôtelier spécialisé pour l'hébergement des demandeurs d'asile durant le temps d'examen de leur demande.</p>
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel - CATTTP	<p>Les Centres d'Accueil Thérapeutiques à temps Partiel (CATTTP) qui proposent des actions de soutien et de thérapie de groupe favorisant ainsi les liens sociaux et l'autonomie des usagers.</p>
Centre médico-psychologiques (CMP)	<p>Les Centres Médico-Psychologique (CMP) regroupent des équipes soignantes pluridisciplinaires dédiées aux actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Ils assurent également les missions de « premier accueil » afin d'orienter les usagers en fonction de leurs besoins.</p>
Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)	<p>Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) est une instance de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, les acteurs travaillant dans le champ de la santé mentale (dont ceux exerçant les missions de psychiatrie de secteur, les acteurs du secteur social et médico-social les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé,...), les habitants, les associations d'usagers, les usagers eux-mêmes lorsque cela est possible, les associations d'aidants, l'ARS et le préfet de département. Il a pour objectif d'appliquer les politiques nationales de santé mentale, de définir, mettre en œuvre et suivre, en commun, des politiques locales et des actions pour améliorer la santé mentale, de rapprocher l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale afin notamment de clarifier et mieux coordonner les actions de chacun. Il concourt ainsi à l'amélioration des prises en charge et du parcours de santé mentale des usagers sur un territoire.</p>
Contrat Local de Santé (CLS)	<p>Le Contrat Local de Santé (CLS) est un outil porté conjointement par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations.</p>
Coopération intersectorielle entre le sanitaire et le médicosocial	<p>La coopération intersectorielle entre le sanitaire et le médico-social occupe une place de tout premier rang aujourd'hui, comme en témoignent les orientations législatives et réglementaires. Ainsi en 2014, les impulsions du rapport Piveteau, dit « Zéro sans solution », préconisent le développement de dispositifs de prise en charge et d'accompagnement souples et fluides pour lesquels les compétences du sanitaire et les savoir-faire du médico-social s'associent dans une logique de parcours de vie sans rupture. Plus récemment, la loi de modernisation de notre système de santé prône le dépassement du clivage sanitaire/médico-social qui porte trop souvent préjudice à la qualité du service rendu à la personne et à ses proches...</p>

Glossaire

Emploi en milieu ordinaire	<p>« La demande d'accès à l'emploi dans le milieu ordinaire est forte parmi les personnes handicapées psychiques, le travail étant un élément important de reconnaissance sociale. C'est aussi un moyen de disposer de revenus et d'échapper en partie à la pauvreté économique. Le travail permet « d'être comme tout le monde » et de mettre à distance sa différence/son handicap. De nombreuses études montrent un lien entre le rétablissement et le travail : l'activité permet d'augmenter l'estime de soi, de ne pas se focaliser sur les symptômes de la maladie, de se dégager de l'image stigmatisante du handicap, de développer des contacts sociaux, d'aider à la structuration du temps et des journées, et pour certaines personnes, d'être moins dépendantes de l'aide sociale. En ce sens, obtenir un emploi est proclamé comme un droit fondamental dans le préambule de la constitution et l'insertion sociale constitue un principe de la loi du 11 février 2005. Malgré ces éléments, le projet d'accès à l'emploi des personnes n'est pas toujours envisagé et les personnes peuvent être orientées vers des établissements protégés alors que le travail en milieu ordinaire est possible si les personnes bénéficient d'un aménagement dans l'environnement de travail et de services de soutien à l'emploi. En effet, il apparaît que « ce ne sont pas, comme on pourrait s'y attendre, tant les propriétés des personnes en situation de handicap (leurs ressources et leurs limitations) qui s'avèrent déterminantes de leur succès pour la réinsertion professionnelle que le mode d'accompagnement et la politique mise en œuvre ». Les représentations des professionnels jouent également un rôle important puisque la croyance des professionnels dans la réinsertion influence favorablement le retour à l'emploi. »</p> <p>Pour que l'inclusion des personnes en situation de handicap psychique soit possible, il est indispensable qu'elles soient accompagnées dans leur parcours, mais que les organismes, les établissements, les entreprises le soient également. Les mentalités et les attitudes doivent évoluer. De nombreux dispositifs d'insertion existent et des mesures d'aide sont mises à la disposition des entreprises. Ils restent néanmoins très insuffisants.</p>
Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)	<p>Les Equipes Mobiles de Psychiatrie Précarité (EMPP), qui prennent spécifiquement en charge une population de personnes sans « chez-soi » et présentant des troubles psychiques, s'inscrivent de fait dans une démarche de santé communautaire.</p>
Groupes d'entraide mutuelle (GEM)	<p>Les Groupes d'Entraide Mutuelles (GEM) sont des associations portées par et pour des usagers en santé mentale ; ils reposent sur le principe de pair-aidance. Souvent implantés au cœur de la ville, ils permettent de se retrouver, de s'entraider, d'organiser des activités visant au développement personnel, de passer des moments conviviaux et de créer des liens.</p> <p>Ce sont des espaces pensés et organisés au quotidien par les adhérents eux-mêmes, avec l'aide d'animateurs salariés et bénévoles. Par ailleurs, ils n'ont pas vocation à informer ou à soigner. Même s'ils permettent souvent de renseigner ou d'orienter les usagers ou les proches.</p> <p>Chaque structure est dotée d'un local et organise une série d'activités spécifique entrant dans le cadre de leur projet d'entraide. À la différence des hôpitaux de jour ou des CMP, les activités se déroulant dans les GEM sont largement portées par les adhérents eux-mêmes, suivant leurs envies et leurs possibilités. Il n'y a ni psychiatre, ni psychologue, ni thérapeute, même s'il peut y avoir des animateurs salariés non-usagers. Les GEM sont des lieux non médicalisés. Cela permet aux adhérents de se responsabiliser et de reprendre une confiance en soi souvent fortement ébranlée par les difficultés rencontrées par les personnes souffrant de troubles psychiques. L'innovation des GEM tient à ce que pour la première fois des personnes présentant un handicap psychique et/ou cognitif ont été invitées par les pouvoirs publics à se responsabiliser en prenant une part active à la définition et à l'organisation d'un projet les concernant : le projet d'entraide du GEM dont ils peuvent librement fixer les modalités</p>
Indice de vieillissement	<p>L'indice de vieillissement de la population est le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Il permet de mesurer le degré de vieillissement de la population. Plus l'indice est élevé, plus le vieillissement est important.</p>
Intermédiation locative	<p>L'intermédiation locative est un dispositif qui permet de sécuriser et simplifier la relation entre le locataire et le bailleur grâce à l'intervention d'un tiers social (opérateur, organisme agréé ou association).</p>

Glossaire

Logement autonome ou accompagné	<p><i>Le logement constitue l'une des conditions de l'inclusion des personnes, de leur rétablissement et de leur qualité de vie la plus possible en milieu ordinaire. Il requiert un accompagnement adéquat permettant d'évaluer le mode de logement approprié aux besoins et aspirations de la personne, et de rompre l'isolement, inhérent à la maladie mentale.</i></p> <p><i>Un renforcement de l'offre de logement d'adressant à des personnes ayant des troubles psychiques, s'avère nécessaire, ainsi que la mise en place d'un accompagnement adéquat.</i></p> <p><i>« Certaines personnes handicapées psychiques ne disposent pas d'un habitat adapté à leurs besoins et à leur choix de vie. Ces besoins et ces choix sont très variés et fluctuants selon les personnes et selon leurs trajectoires. Il existe toute une palette de solutions : logements individuels avec accompagnement, regroupement de logements individuels avec accompagnement (résidence-accueil par exemple), appartements collectifs, structures sociales ou médico-sociales d'hébergement (foyer d'hébergement, FAM, MAS, CHRS, etc.), familles d'accueil. Elles relèvent d'acteurs multiples des champs sanitaires, sociaux, médico-sociaux ou du milieu ordinaire. Certains sont des logements, c'est-à-dire que la personne est titulaire de son bail, d'autres sont des hébergements (par exemple, les foyers de vie, les FAM, etc.), la personne bénéficie alors d'un contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge.</i></p> <p><i>Dans le domaine du logement, un changement de paradigme est en cours. Le nouveau modèle de « logement d'abord » dans lequel il s'agit de loger des personnes handicapées psychiques en grande précarité et d'apporter un accompagnement social intensif lui permettant de retrouver une stabilité.</i></p> <p><i>Ces pratiques viennent compléter la démarche d'hébergement au sein desquels les personnes doivent apprendre à prendre soin d'elles et à vivre dans un hébergement collectif avant d'avoir accès au logement individuel. »</i></p>
Naissances et décès domiciliés	<p><i>Les statistiques annuelles concernent les naissances et les décès domiciliés ainsi que les jugements déclaratifs de décès. Le lieu retenu pour la naissance et le décès est le domicile.</i></p>
Pairs	<p><i>« L'approche par les pairs s'inscrit dans une dynamique d'intervention fondée sur la ressemblance entre</i></p> <p><i>Le travail pair s'inscrit :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Dans une démarche de réduction des risques (au sens large du terme et pas seulement relative au champ de la toxicomanie). Le travail pair peut enrichir les pratiques d'intervention, transformer les représentations des partenaires vis-à-vis des personnes accompagnées, ...</i> - <i>Dans une logique de rétablissement. En valorisant le savoir expérientiel qui pourrait à priori être perçu comme disqualifiant ou dévalorisant, le travail pair renverse le stigmate et concourt à ce processus de rétablissement. Le rétablissement et l'implication des personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants dans l'élaboration et le suivi de leur projet de vie et parcours de santé sont au cœur de la psychiatrie et de la santé mentale, et visent une meilleure inclusion sociale et citoyenne de ces personnes. La pair-aidance est l'un des facteurs reconnus du rétablissement.</i> <p><i>Il est ainsi important de permettre à un plus grand nombre de personnes de bénéficier d'un appui par leurs pairs ou d'être pairs eux-mêmes</i></p>
Pensions de famille	<p><i>Les pensions de famille (ex «maisons-relais») constituent une modalité particulière de résidence sociale, s'inscrivant dans une logique d'habitat durable, sans limitation de durée, offrant un cadre semi collectif valorisant la convivialité et l'intégration dans l'environnement social. Elle est destinée à l'accueil de personnes au faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont la situation sociale et psychologique rend impossible, à échéance prévisible, leur accès à un logement ordinaire.</i></p>
Prise en charge à temps complet	<p><i>La prise en charge à temps complet se compose quasi-exclusivement de l'hospitalisation à temps plein. Elle s'effectue dans des lieux de soins où les patients sont placés sous surveillance 24 heures sur 24. Elle est réservée aux situations aiguës et aux malades les plus atteints, qui requièrent des soins intensifs. Les autres modes de recours à temps complet prennent place tant à l'hôpital qu'en dehors</i></p>

Glossaire

Prise en charge à temps partiel	<p>Les prises en charge à temps partiel, rattachées au CHMD se font au sein de structures plus ou moins médicalisées, ne donnant pas lieu à un hébergement, à l'exception de l'hôpital de nuit. Parmi elles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'hôpital de jour prodigue des soins polyvalents et intensifs durant la journée, un ou plusieurs jours par semaine; - l'hôpital de jour autisme - l'hôpital de nuit consiste en une prise en charge thérapeutique de fin de journée et une surveillance médicale de nuit, voire en fin de semaine ; - les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) dispensent des activités thérapeutiques (soutien et thérapie de groupe) et occupationnelles ayant pour but de favoriser la reconstruction de l'autonomie et la réadaptation sociale ; - les ateliers thérapeutiques fournissent des activités thérapeutiques (ex. ergothérapie) et occupationnelles (activités artisanales, artistiques ou sportives) ayant pour but de favoriser l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale.
Promotion de la santé mentale	<p>La promotion de la santé mentale englobe toutes les actions contribuant à améliorer la santé mentale des individus, c'est-à-dire, selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l' « état de bien-être » dans lequel une personne « peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ».</p> <p>La prévention n'est qu'une partie de la promotion de la santé mentale. Orientée vers une approche positive, cette dernière « vise à agir sur les déterminants de la santé mentale afin d'accroître la santé mentale positive » (OMS). En pratique, les actions de prévention des troubles psychiques et de promotion de la santé mentale tendent à se confondre.</p> <p>En revanche, il importe de distinguer la PPSM (prévention et promotion de la santé mentale) du repérage et dépistage des troubles psychiques ainsi que des interventions précoces, qui relèvent du champ curatif. Les interventions en PPSM visent à empêcher l'apparition des problèmes de santé mentale en agissant sur les facteurs de risque et de protection ainsi que sur les déterminants des troubles psychiques</p>
Rapport de dépendance	<p>Rapport entre l'effectif de la population d'âges généralement inactifs (enfants et personnes âgées) et l'effectif de la population en âge de travailler. Le résultat s'exprime en nombre de personnes âgées de moins de 15 ans et de 65 ans ou plus pour 100 personnes âgées de 15 à 64 ans.</p>
Réhabilitation	<p>La réhabilitation repose sur l'idée que toute personne est capable d'évoluer vers un projet de vie choisi. Elle concerne différents champs de la personne : clinique (symptômes, traitements), fonctionnel (capacités cognitives, relationnelles, autonomie) et social (logement, gestion du budget, retour à l'emploi).</p> <p>La réhabilitation se base toujours sur les capacités préservées des personnes et les utilise pour palier au mieux aux déficits.</p> <p>La réhabilitation psychosociale, le rétablissement et l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques sont aujourd'hui considérées comme des priorités de santé.</p>
Réponse accompagnée pour tous	<p>L'objectif de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » est de proposer une réponse individualisée à chaque personne handicapée dont la situation le nécessite. Cette réponse doit lui permettre de s'inscrire dans un parcours de santé, au sens de l'Organisation mondiale de la santé, conforme à son projet de vie.</p>
Résidences sociales	<p>Les résidences sociales sont des logements adaptés qui offrent un logement temporaire à des personnes en capacité d'occuper un logement autonome, mais éprouvant des difficultés particulières d'ordre économique ou social. Ce sont des habitats de petite taille associant des appartements privatifs et des espaces collectifs (salle de réunion, buanderie, cuisine familiale). Ces logements ou résidences sociales peuvent être entièrement créés ou provenir de la transformation de foyers de jeunes travailleurs ou de foyers de travailleurs migrants.</p> <p>Quatre principaux profils de publics y sont accueillis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les travailleurs migrants, - Les jeunes actifs, - Les grands exclus - Les publics précaires émergents.
Rétablissement	<p>En matière de santé mentale, l'adoption du principe de rétablissement, la désinstitutionnalisation, la coordination des interventions se sont accompagnées d'une réorganisation de la réponse aux besoins multiples des personnes concernées - soins de santé, soutien au logement et au travail, accès au sport, à la culture et aux loisirs, participation citoyenne - dans le cadre d'une offre territorialisée</p>

Glossaire

SAMSAH	<p><i>Le SAMSAH a pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soin, de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes handicapées en favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, universitaires ou professionnels et l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.</i></p> <p><i>Ce service en milieu ordinaire vise une plus grande autonomie des personnes. Il propose donc une assistance pour tout ou partie des actes essentiels de la vie quotidienne ainsi qu'un suivi médical et paramédical en milieu ouvert. Le SAMSAH, en permettant le maintien à domicile, constitue une réelle alternative à l'obligation d'admission en institution.</i></p> <p><i>Les prestations du SAMSAH sont assurées par une équipe pluridisciplinaire composée en particulier d'éducateurs spécialisés, d'assistantes sociales, psychologues, médecins, infirmiers et ergothérapeutes. Il s'agit pour cette équipe d'aider les personnes à la réalisation de leur projet de vie dans une dynamique d'insertion sociale. Cette insertion s'appuie sur des besoins identifiés, considérés comme "prioritaires" pour le bénéficiaire tels que le logement, la vie sociale et familiale, la citoyenneté, l'accès aux soins, etc.</i></p>
SAVS	<p><i>Les SAVS sont définis dans l'article D312-162 du code de l'action sociale et des familles :</i></p> <p><i>« Les services d'accompagnement à la vie sociale ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. »</i></p> <p><i>Leur mission implique :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>- Une assistance et un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence ;</i> <i>- Un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.</i>
Stigmatisation	<p><i>La stigmatisation correspond à l'exclusion d'un groupe social des personnes jugées différentes de la « norme » majoritaire. Elle provient d'une méconnaissance et de préjugés concernant les individus stigmatisés, auxquels sont attribués certaines caractéristiques que le sociologue Erving Goffman nomme stigmates .</i></p> <p><i>Les représentations sociales les plus fréquemment associées aux personnes souffrant de troubles psychiques sont :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>- L'irresponsabilité : Ces personnes ne seraient pas capables d'être responsables de leurs actes ou de leur état;</i> <i>- L'incurabilité : La guérison ou le rétablissement de maladies psychiques ne serait pas possible ;</i> <i>- La dangerosité : Les personnes souffrant de troubles psychiques sévères, notamment de schizophrénie, sont suspectées d'être dangereuses et plus susceptibles de commettre des actes violents.</i> <p><i>Ces représentations sont éloignées de la réalité, puisque la majorité des personnes souffrant de troubles psychiques même sévères sont conscientes de leur état et de leurs actes et sont plus souvent victimes de violences qu'elles n'en commettent. De nombreux témoignages de personnes rétablies de troubles psychiques sévères, y compris de maladies telles que la schizophrénie ou le trouble bipolaire attestent aujourd'hui de la réalité d'une possibilité de rétablissement dans ces maladies. Ces données sont confirmées par la recherche scientifique.</i></p> <p><i>Les médias relaient fréquemment des préjugés sur la maladie mentale, ce qui renforce les représentations sociales citées, notamment à l'occasion de faits divers impliquant des personnes souffrant de troubles psychiques ou par l'utilisation métaphorique fréquente du terme de « schizophrénie » pour parler de double personnalité par exemple, ce qui ne correspond pas à la réalité de la maladie.</i></p> <p><i>La stigmatisation est une source de souffrance importante pour les personnes concernées. Elle est à l'origine de comportements de discrimination et d'une exclusion importante.</i></p> <p><i>Un individu stigmatisé peut également internaliser un vécu de stigmatisation, ce qui peut renforcer son isolement par un évitement de certaines situations sociales . C'est ce qu'on appelle l'auto-stigmatisation.</i></p> <p><i>La stigmatisation et l'auto-stigmatisation peuvent constituer des obstacles majeurs au processus de rétablissement. Elles peuvent aggraver l'isolement des personnes, entraver l'insertion professionnelle ou l'accès au logement. Les phénomènes d'auto-stigmatisation impactent directement l'estime de soi, le sentiment d'auto-détermination et le pouvoir d'agir .</i></p>
Télé médecine	<p><i>La télé médecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste) et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Cinq actes de télé médecine sont définis :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>- la téléconsultation,</i> <i>- la téléexpertise,</i> <i>- la télésurveillance,</i> <i>- la téléassistance</i> <i>- la régulation médicale.</i>

Glossaire

Un chez soi d'abord	<i>Ce programme s'adresse à des personnes sans abri présentant des troubles psychiatriques sévères. Le modèle « Un chez-soi d'abord » part du principe que pour « s'en sortir » il faut d'abord un toit qui procure intimité, sécurité et stabilité résidentielle. Cela se traduit par un véritable logement permanent et diffus dans la cité, comme tout un chacun, et non par un hébergement d'urgence ou de plus ou moins long terme dans une institution sociale ou médicosociale. La personne logée est donc suivie par une équipe pluridisciplinaire, composée de psychiatres, travailleurs sociaux, infirmiers et de médiateurs de santé-pairs ayant connu la maladie mentale, l'addiction ou la rue. L'équipe est présente à toutes les étapes du rétablissement. Cette approche a comme particularité de diluer les frontières entre la prise en charge psychiatrique et le suivi social.</i>
Zonage en aire urbaine(ZAU)	<p><i>Le Zonage en Aires Urbaine (ZAU) 2010 a été défini par l'Insee avec notamment la participation de l'ancienne Datar. Il décrit l'influence des villes sur le territoire, sans pour autant en établir une partition entre urbain et rural. Il distingue les catégories suivantes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>- Grandes aires urbaines : ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine) de plus de 10 000 emplois, et par des communes le ceinturant dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.</i> <i>- Moyennes aires : ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle (unité urbaine) de 5 000 à 10 000 emplois, et par des communes le ceinturant dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.</i> <i>- Petites aires : ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle (unité urbaine) de 1 500 à 5 000 emplois, et par des communes le ceinturant dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.</i> <i>- Communes multipolarisées des grandes aires urbaines : communes dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent dans plusieurs grandes aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant.</i> <i>- Autres communes multipolarisées : les communes situées hors des grandes aires urbaines, des moyennes aires, des petites aires, hors des communes multipolarisées des grandes aires urbaines dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent dans plusieurs aires, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant.</i> <i>- Les communes isolées hors influence des pôles : communes non couvertes par les catégories précédentes, c'est-à-dire celles dont moins de 40 % des actifs occupés résidents travaillent dans une aire urbaine.</i> <i>- Le zonage est basé sur les données du recensement 2008.</i>

SOURCES

- ARS Martinique. PRS2
- ARS Martinique. SYNTHÈSE SANTÉ MENTALE en MARTINIQUE-audition Mme CHRISTOPHE VAINQUEUR-Assemblée Nationale –octobre 2018
- Atlasanté : Santé Mentale
- DGS – Santé Publique France. Questionnaire d'identification des programmes de développement des compétences psychosociales dans votre région.
- DJSCS. Diagnostic de la Martinique. Plan de lutte contre la pauvreté, domaine logement hébergement. Accompagnement pour la mise en œuvre d'un diagnostic territorial partagé à 360° du sans-abrisme au mal-logement. Juillet 2015
- INSEE Analyses Martinique N° 27, Les quartiers prioritaires de la politique de la ville en Martinique : une pauvreté marquée, mais des profils atypiques. 2 octobre 2018
- INSEE Dossier complet département de la Martinique (972). 25 juin 2019
- Santé Publique France. BSP Martinique. Conduites suicidaires. Mars 2019
- Statiss 2017 Antilles-Guyane
- ARS Martinique. Dossier de presse visite du délégué ministériel santé mentale du 11 au 13 décembre 2019