

# Projet Territorial de Santé Mentale de Mayotte 2021-2025

---



**Avril 2021**

## TABLE DES MATIERES

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 1. Le projet territorial de santé mentale (PTSM).....   | 3                                  |
| 1.1. Qu'est qu'un PTSM ?.....   | 3                                  |
| 1.2. Présentation de la démarche d'élaboration du PTSM à Mayotte .....  | 4                                  |
| 2. Les éléments de contexte.....  | 7                                  |
| 2.1. Situation socio-économique à Mayotte .....   | 7                                  |
| 2.2. Les résultats de l'étude « La santé mentale en population générale » .....   | 8                                  |
| 2.3. Offre sanitaire, médico-sociale et sociale.....  | 9                                  |
| Le Centre Hospitalier de Mayotte .....  | 9                                  |
| Le service d'addictologie.....  | 12                                 |
| La Maison des Adolescents (MDA) .....   | 12                                 |
| Présence des libéraux .....   | 12                                 |
| Le secteur médico-social .....  | 13                                 |
| 2.4. Une offre sociale en développement concourt au logement et à l'accompagnement des situations .....   | 14                                 |
| 2.5. La dimension traditionnelle et religieuse devant être considérée .....   | 14                                 |
| 3. Les constats .....   | 16                                 |
| 3.1. Mobilisation de l'expression des acteurs lors des ateliers et des entretiens individuels .....   | 16                                 |
| 3.2. Le point de vue des usagers et des associations de familles .....  | 18                                 |
| 3.3. Des offres actuelles clairement insuffisantes .....  | 19                                 |
| 3.4. Des parcours de santé et de vie manquant de lisibilité pour les professionnels et de fluidité pour les usagers.....                                      | 22                                 |
| 3.5. Interactions système de santé et d'accompagnement et approche communautaire, traditionnelle et religieuse : des opportunités encore non exploitées ..... | 25                                 |
| 3.6. Une complexité des parcours accrue en raison de la précarité et de l'insécurité administrative caractérisant la population mahoraise .....               | 27                                 |
| 4. Les pistes.....  | 28                                 |
| 4.1. Les offres actuelles à renforcer.....  | 28                                 |
| 4.2. Favoriser le développement des compétences spécifiques et fidéliser les professionnels ..  | 29                                 |
| 4.3. Fluidifier les parcours de santé et de vie en impliquant les communes, les familles et en décloisonnant le fonctionnement des acteurs.....               | 30                                 |
| 4.4. Adapter le système de santé et d'accompagnement à la culture mahoraise .....   | 31                                 |
| 5. Les fiches-actions.....  |                                    |
| Glossaire.....  | <b>Erreur ! Signet non défini.</b> |

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

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

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 prévoit qu'au niveau de chaque territoire l'ARS arrête pour cinq ans un projet territorial de santé mentale (PTSM), un objet qui n'est pas un outil de programmation comme les autres.

Ses particularités sont les suivantes :

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

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

- ❖ Repérage précoce, élaboration de diagnostics et accès aux soins et aux accompagnements
- ❖ Organisation de parcours sans rupture
- ❖ Accès aux soins somatiques
- ❖ Prévention et prise en charge des situations de crise
- ❖ Respect et promotion des droits des personnes
- ❖ Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

Il se base sur un **diagnostic partagé** et sur une mise en œuvre au travers desquels une **communauté large d'acteurs** peut contribuer et est en situation de s'impliquer au moment de la mise en œuvre du plan d'action.

Cette communauté est composée des acteurs suivants :

- Les usagers (via les **GEM** (Groupes d'Entraide Mutuelle), les aidants et les associations qui les représentent ; leur place et avis est primordial sur l'ensemble des questions.

- **Les collectivités territoriales** : leur participation est également essentielle. En effet, le conseil départemental est en charge de la compétence de l'aide sociale à l'enfance, mais aussi de la solidarité vis-à-vis des personnes âgées et handicapées. Plus spécifiquement à Mayotte, il est également chargé du fonctionnement du conseil cadial. Les communes peuvent mobiliser les conseils locaux de santé mentale comme levier d'action de la santé.

- **La Maison des Adolescents (MDA)**

- **Les acteurs sociaux et médicosociaux, dont la MDPH**

- **Les services de l'Etat** : ARS, Préfecture, DIECCTE, PJJ, Education Nationale, SDIS, Forces de l'ordre, SPIP, ...

- **Les acteurs de lutte contre la précarité ou l'exclusion** ; en effet, une part des personnes en situation d'exclusion peut aussi avoir des troubles psychiques ; la santé mentale dans son approche globale intègre naturellement la coopération entre services de soins et d'accompagnement d'une partie des plus exclus

- **Les acteurs du champ sanitaire**, au travers plusieurs services ou dispositifs : CHM (psychiatrie, urgence, addictologie). Ils sont les acteurs « évidents » de la santé mentale ; leurs liaisons avec l'ensemble des autres acteurs est un des enjeux du PTSM ;

**Le décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017** vient préciser que le PTSM « favorise la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social ».

Il permet également « la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social » et « détermine le cadre de la coordination de second niveau et la déclinaison dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur ».

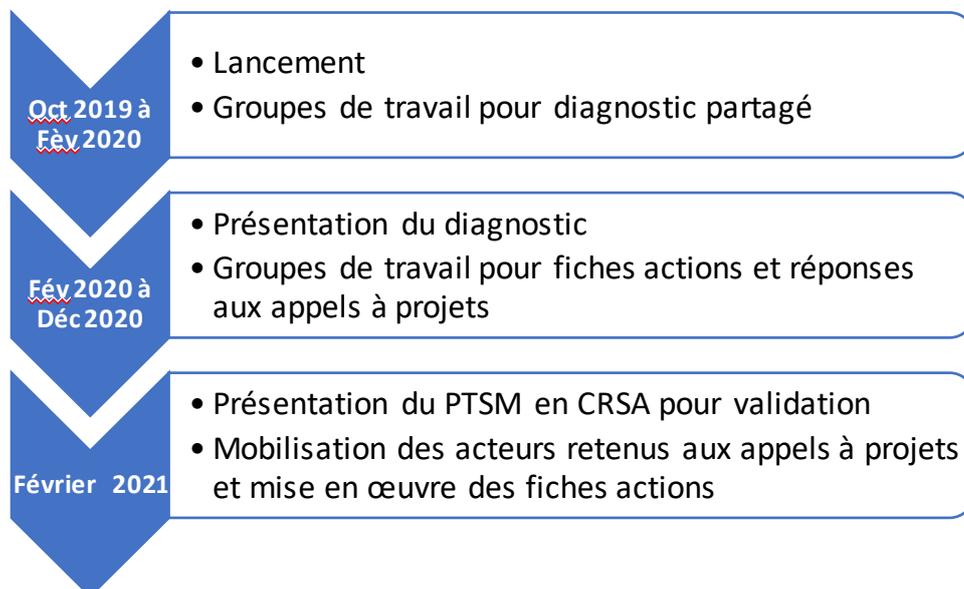
L'enjeu premier du PTSM est donc **la coordination pluridisciplinaire, intersectorielle et multi partenariale**, à l'échelle du territoire retenu, pour favoriser la prise en charge du patient dans **une logique de parcours sans rupture**.

De façon pragmatique et opérationnelle, le PTSM représente :

- **un territoire pour la concertation et collaboration** des acteurs du département ;
- **un territoire d'action** au plus près du parcours de vie des personnes : le bassin de vie, la principale préoccupation sera de définir des actions locales et qui tiennent compte des spécificités infra territoriales.

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

A Mayotte, l'ARS a confié au CREAL la réalisation de ce travail. Selon le calendrier revu en raison de la crise sanitaire, le PTSM semble en situation d'être adopté au premier trimestre 2021. Les grandes étapes de la démarche sont envisagées selon le graphique ci-dessous:



Il est à noter que la phase d'élaboration du diagnostic est engagée depuis le mois d'octobre 2019 avec l'organisation de rencontres bilatérales avec plusieurs acteurs (URPS<sup>1</sup> médecins, URPS infirmiers, Service de psychiatrie et d'addictologie du CHM, maison des adolescents, conseil cadial, groupe d'échange et de mutualisation, PJJ<sup>2</sup>).

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les derniers mois (février à décembre 2020) de la démarche seront consacrés à l'élaboration, toujours au travers de l'association d'un nombre important d'acteurs, de la feuille de route la plus appropriée avec des fiches actions pour que des réponses pertinentes et réalistes soient apportées aux principaux enjeux relevés lors du diagnostic.



---

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

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

## 2. LES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

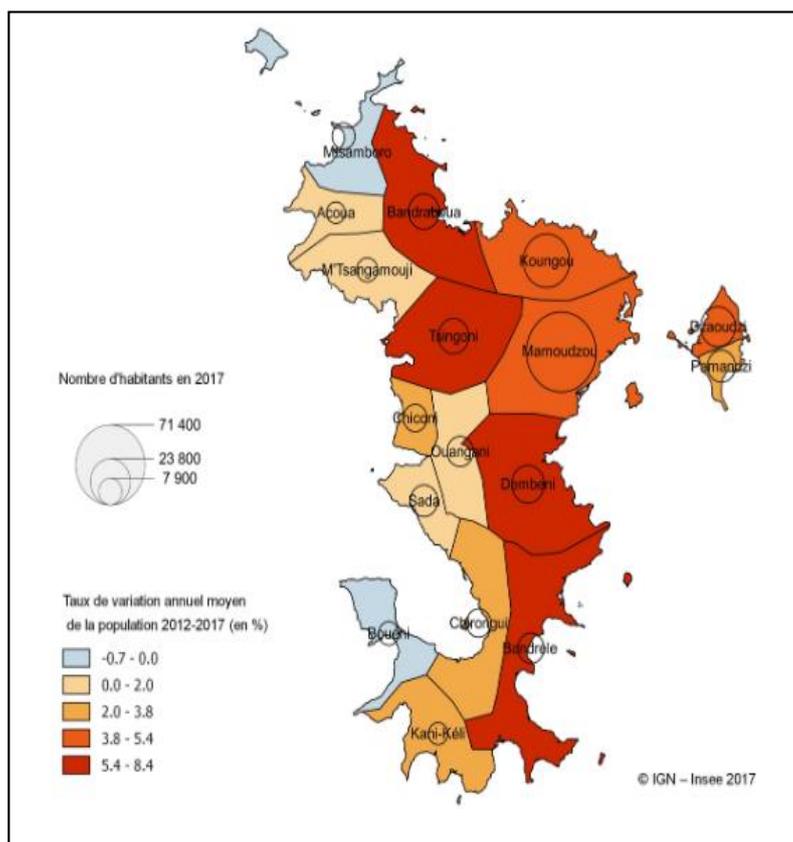
### 2.1. Situation socio-économique à Mayotte

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

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

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

Source : Insee



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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Le Centre Hospitalier de Mayotte

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

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

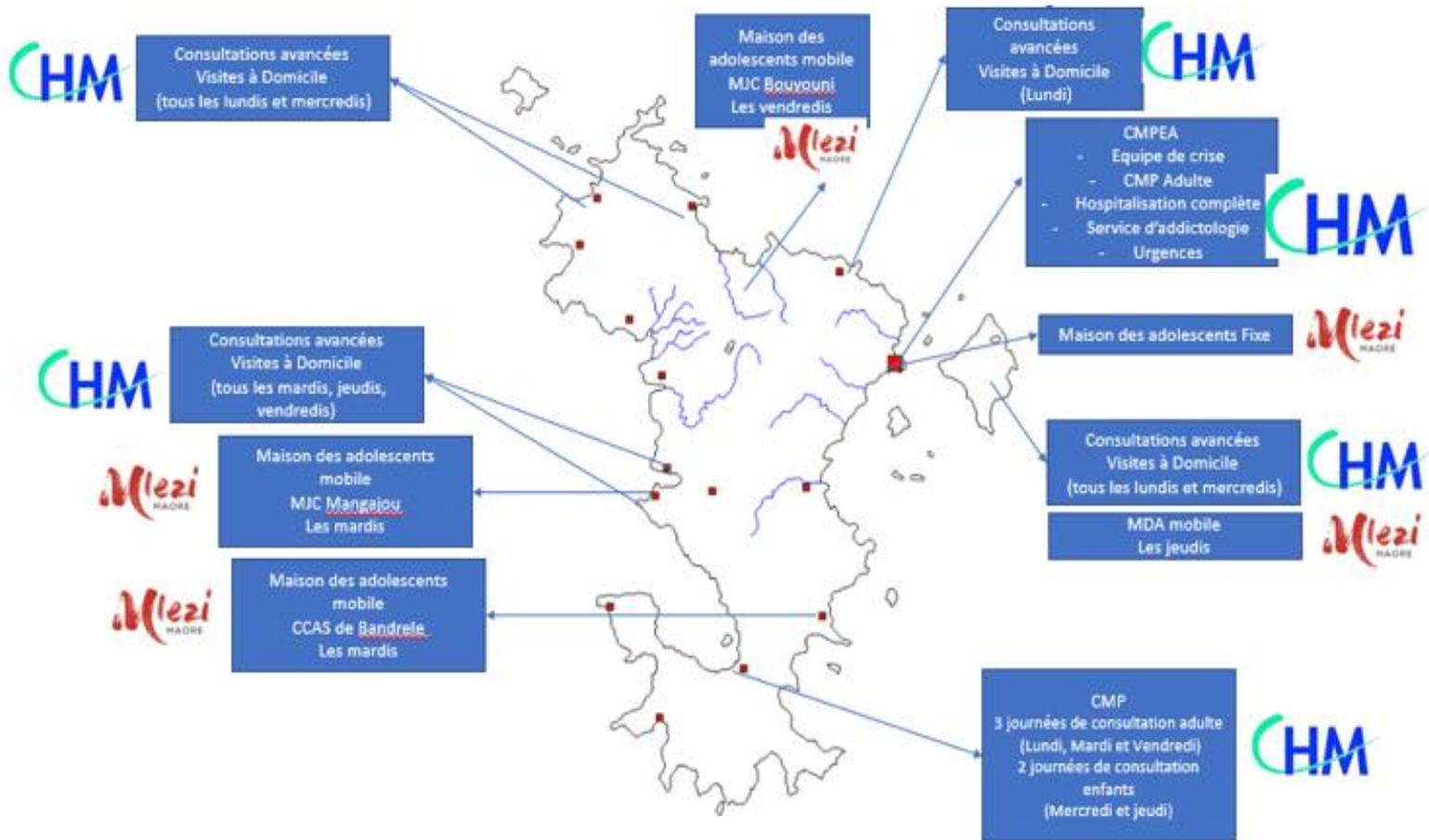
D'autres plages de consultation sont en principe organisées à la Petite Terre, à Bouyouni, etc.

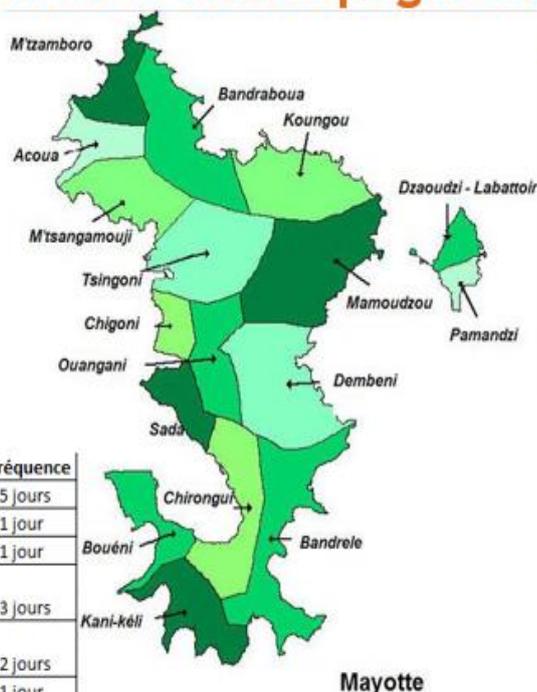
---

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

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

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





| Commune   | Détail de l'offre  |
|-----------|--|
| Mamoudzou | <b>CHM</b><br>CMPEA<br>Unité Hospitalisation<br>Equipe <u>péricrise</u><br>CMP / VAD<br>Service d'accueil des urgences<br>Service d'addictologie<br><br><b>MLEZI MAORE</b><br>Maison des Adolescents (MDA) |

| Commune    | Opérateur | Activité               | Fréquence |
|------------|-----------|------------------------|-----------|
| Chirongui  | CHM       | CMP / CMPEA + VAD      | 5 jours   |
| Bandrele   | MDA       | Consultations avancées | 1 jour    |
| Sada       | CHM       | Consultations + VAD    | 3 jours   |
| Chiconi    | CHM       | Consultations + VAD    |           |
| Mtsamboro  | CHM       | Consultations + VAD    | 2 jours   |
| Bandraboua | CHM       | Consultations + VAD    |           |
| Bouyouni   | MDA       | Consultations avancées | 1 jour    |
| Koungou    | CHM       | Consultations + VAD    | 1 jour    |
| Dzaoudzi   | CHM       | Consultations + VAD    | 2 jours   |
| Dzaoudzi   | MDA       | Consultations avancées | 1 jour    |

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

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

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

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

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

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

- 1 médecin (sur 2 budgétés)
- 3 infirmiers
- 2 psychologues

- 1 AMP
- 1 Auxiliaire de puériculture
- 1 secrétaire
- 1 psychomotricien
- 1 orthophoniste (poste budgété mais non pourvu).

## Le service d'addictologie

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

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

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

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

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

## La Maison des Adolescents (MDA)

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

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

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

## Présence des libéraux

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

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

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

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

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

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

## Le secteur médico-social

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

S'intéresser au contexte de la santé mentale à Mayotte implique également de s'intéresser aux représentations que sont celles de la population en matière de maladie mentale et du soin.

---

<sup>12</sup>CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGCS/SD1C/DHUP/DIHAL/2017/157 du 20 avril 2017 relative à la mise en œuvre du plan de relance 2017-2021 des pensions de famille et des résidences accueil : Les pensions de familles, aussi appelées maisons-relais, constituent une catégorie particulière de résidences sociales. Conformément à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation, ce sont des « établissements destinés à l'accueil sans condition de durée des personnes dont la situation sociale et psychologique rend difficile l'accès à un logement ordinaire ».

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

Ces représentations puisent dans des références culturelles très différentes de celles existant en métropole.

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

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

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

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

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

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

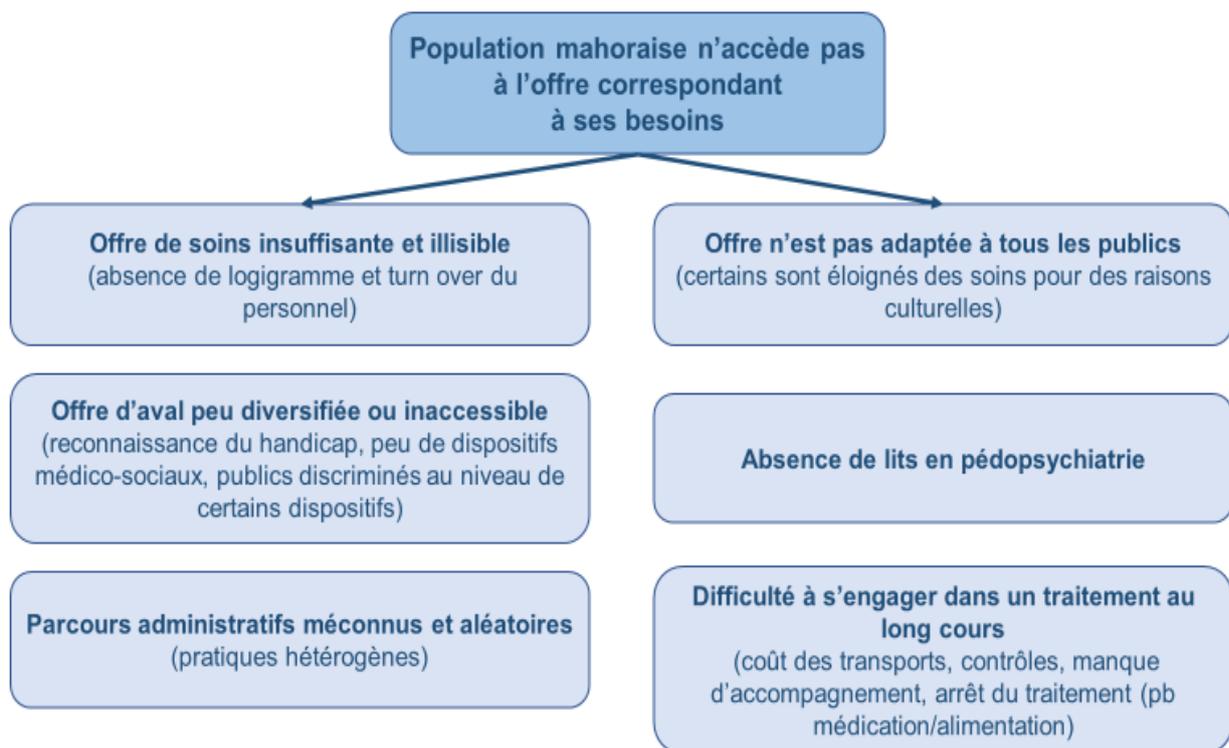
### 3. LES CONSTATS

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

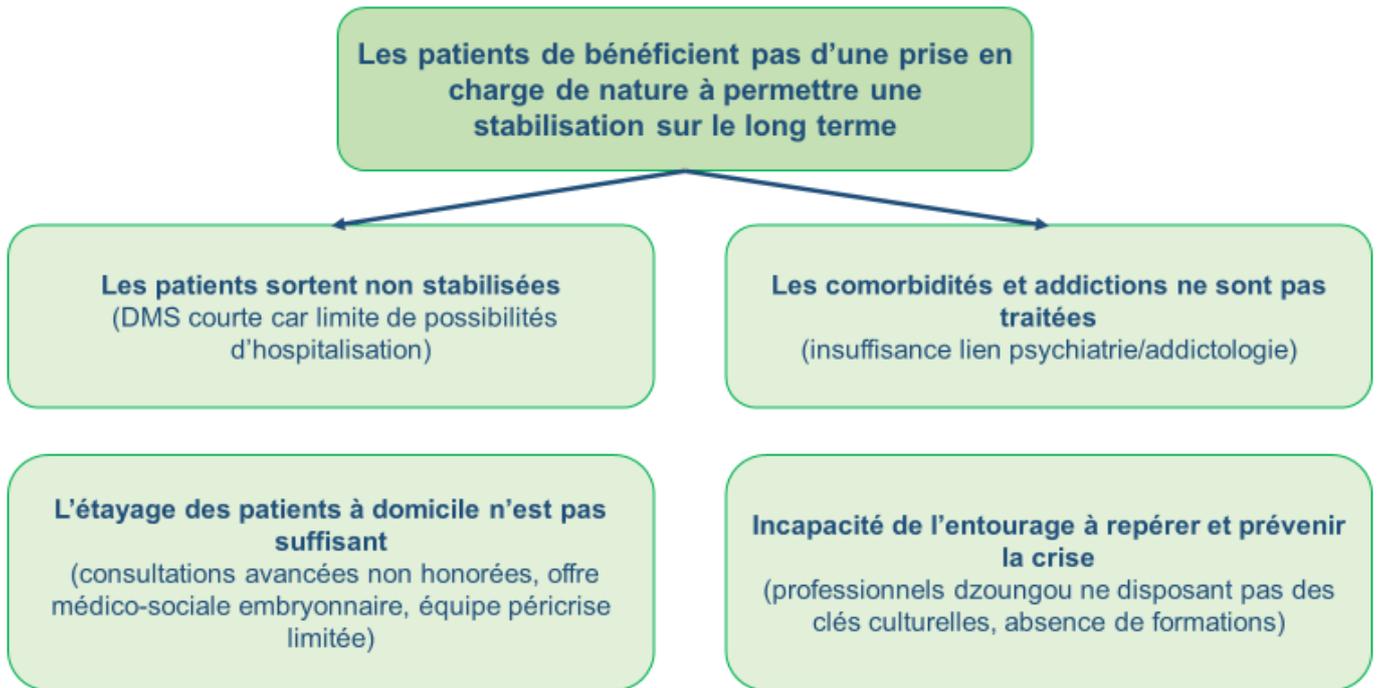
L'ensemble des matériaux collectés dans la phase de diagnostic a alimenté les constats formulés ci-dessous. Les 4 ateliers, au travers de deux séances de travail, ont notamment permis d'analyser les principaux problèmes et leur cause.

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

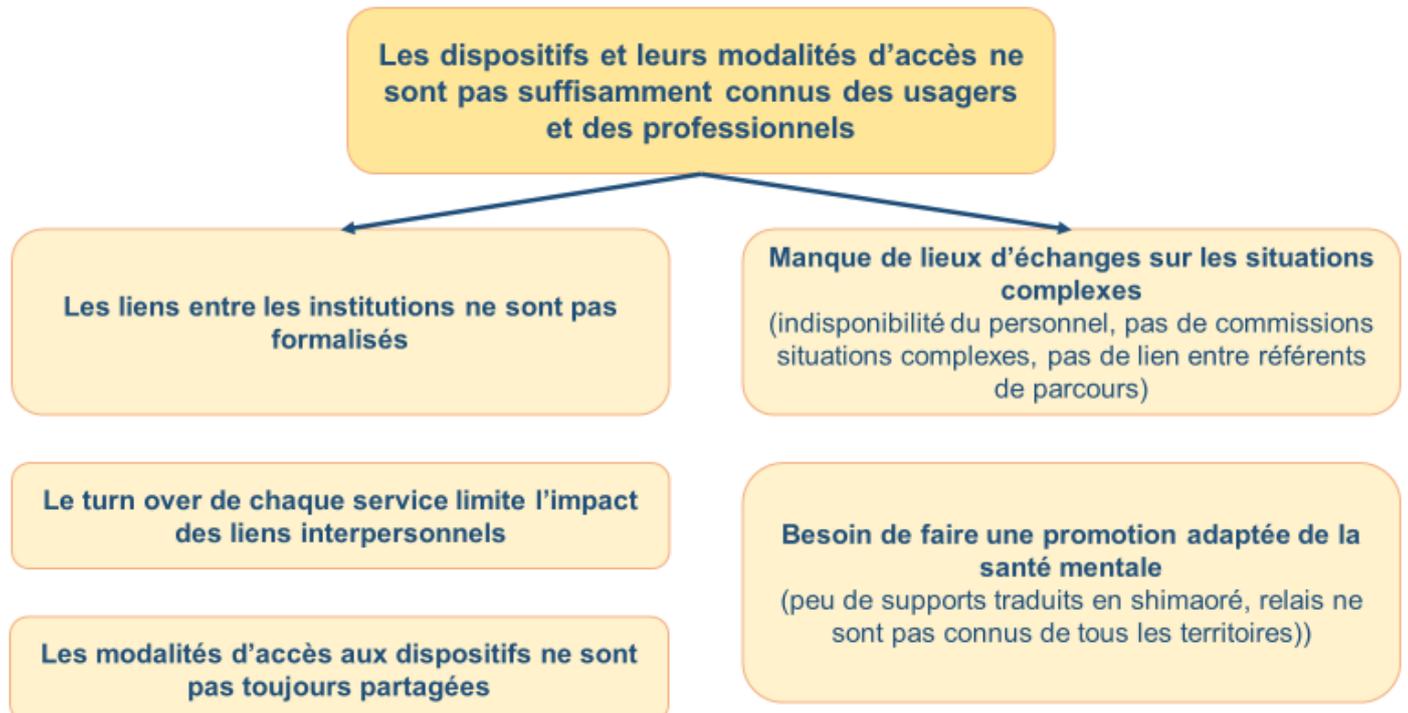
- Groupe concernant **les problèmes d'accessibilité**



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



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



Ces éléments peuvent être retranscrits en quatre principaux constats :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

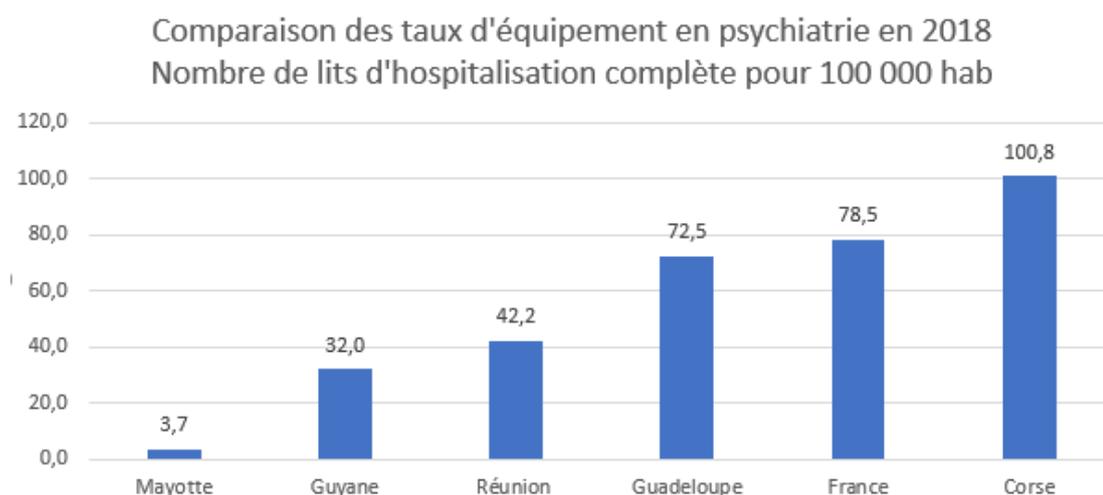
Le défaut de réponses organisées pour les personnes souffrant de troubles chroniques ou les impasses administratives auxquelles aboutissent de nombreuses démarches vis-à-vis de la MDPH transfèrent une énorme charge sur les familles.

### 3.3. Des offres actuelles clairement insuffisantes

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

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

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



Source : enquête SAE 2018, INSEE

- Globalement le manque de lits conduit les professionnels à faire sortir des patients qui ne sont pas stabilisés. Dans la plupart des cas, la prescription de médicaments apaisé la crise, cependant, la brièveté du séjour n'a pas permis de travailler l'alliance thérapeutique avant la sortie. En conséquence, une proportion importante de ces patients présente de forts risques de ré hospitalisation à moyen voire à court terme.
- De surcroît, les conditions de travail au niveau de l'unité d'hospitalisation sont particulièrement dures et anxiogènes selon les professionnels.

- La fréquence des hospitalisations nécessitant l'intervention des forces de l'ordre (avec les problèmes de coordination que cela pose), du SAMU, etc. pèse lourdement et tend à emboliser le système.

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

- Le système de santé de Mayotte s'appuie sur des dispositifs et des pratiques étant de nature à consolider les bénéfices d'une hospitalisation intervenant suite à une crise clastique.
- L'équipe péri crise de Mayotte, dans ses missions, et en partie dans la réalité, réalise un suivi des patients en aval de la phase de crise. Ce suivi implique en partie l'entourage du patient, et peut également se dérouler à domicile. Cependant, l'équipe péri crise, qui en principe doit également être un interlocuteur ressource pour aider l'entourage, la communauté, les professionnels libéraux et sociaux, à prévenir la survenue d'une nouvelle crise, est de fait en très grande majorité mobilisée par la gestion des crises en lien avec le service des urgences du CHM. Au final, l'équipe péri crise, conçue selon le modèle des Yvelines (Equipe Rapide d'Intervention de Crise = ERIC<sup>14</sup>) mais n'a pas obtenu les ressources humaines (Psychiatre, IDE) permettant d'assumer ses missions et de devenir un interlocuteur 24/24.
- Le service de psychiatrie continue à réaliser des visites à domicile. A titre d'illustration, sur le grand Mamoudzou (commune de Koungou et de Mamoudzou), il y a eu 46 VAD (visites à domicile) en 2018 et 56 de janvier à octobre 2019. Par ailleurs, le CHM organise des consultations au sein du CMP de Chirongui (enfant et adulte), et une, deux ou trois fois par semaine au niveau d'autres localités (Petite Terre, ...).
- Malgré ces efforts, la psychiatrie extrahospitalière est limitée à Mayotte.
- Il existe deux CMP actuellement (Mamoudzou et Chirongui), sachant que le CMP de Chirongui ne peut proposer une offre de consultation qu'avec des ressources humaines provenant de Mamoudzou (psychiatre, psychologue, IDE, traducteur). De plus, à Chirongui comme au sein des autres localités, il est d'ailleurs fréquent que l'offre de consultation affichée à Chirongui et dans les autres localités ne puisse être honorée en raison de contraintes impondérables (turnover, etc.) pesant sur le service de psychiatrie.

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

Parmi les projets amenés à bénéficier d'un renfort de financement, le CHM a validé celui consistant à mettre en place un CMP et un CATTP sur le territoire de Petite Terre.

Ce dispositif serait à la fois à la disposition d'un public enfant et adulte avec un jour dédié aux enfants, dans le but d'éviter que les uns et les autres côtoient les mêmes lieux aux mêmes

---

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

moments. Il mobiliserait notamment 0,8 ETP de Psychiatre, 0,2 ETP de Pédopsychiatre, 4 IDE.

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

#### Adulte

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

#### Infanto-juvénile

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

Source : ARS, PRS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beaucoup d'éléments recueillis lors de la phase de diagnostic mettent en évidence le manque de lisibilité des parcours, avec pour conséquence des professionnels du champ

social, médico-social et sanitaire qui maîtrisent mal l'environnement dans lequel ils évoluent.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evidemment ces articulations sont remises en cause à chaque départ.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Cette journée, ouverte par le préfet Dominique Sorain, a accueilli 97 nouveaux arrivants et plus de 20*

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

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

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

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

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

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

Enfin, **les écarts culturels rendent peu pertinente l'utilisation d'outils et de méthodes nationaux.** C'est par exemple le cas des tests utilisés pour réaliser le

diagnostic autisme. Dans ce domaine comme dans de nombreux autres, il serait pertinent de les **adapter aux références culturelles des populations de Mayotte.**

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

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

Par ailleurs, la situation particulière des demandeurs, provenant pour la plupart de la région des Grands Lacs, mérite d'être soulignée.

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

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

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

## 4. LES PISTES

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

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

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

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

### 4.1. Les offres actuelles à renforcer

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

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

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

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

Toujours à ce chapitre, il est suggéré que les autorités (ARS, Conseil Départemental, etc.) associent les professionnels de terrain au moment de la conception des cahiers des charges des futurs AAP. Ce serait en effet un moyen de travailler sur l'articulation avec les autres dispositifs et sur la manière de permettre l'intégration, par la coopération, de ce dispositif.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Voir ci-dessous la liste des propositions correspondant :

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

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

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

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

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

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

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

## 5. LES FICHES ACTIONS

### 5.1 La feuille de route

Comme évoqué précédemment, les travaux concernant l'élaboration du PTSM à Mayotte ont été engagés en octobre 2019.

Ils se sont déroulés en deux grandes phases :

- **Octobre 2019 à Février 2020** : Lancement, groupes de travail de diagnostic, analyse et restitution du diagnostic

A l'issue de ce diagnostic il a finalement été décidé de construire le PTSM autour de **cinq** axes :

|              |  |
|--------------|--|
| <b>Axe 1</b> | <b>Structurer l'offre de soins et d'accompagnement</b>   |
| <b>Axe 2</b> | <b>Développer les compétences et la transformation des métiers et des fonctions</b> (délégation de tâches, coordinations, ....)  |
| <b>Axe 3</b> | <b>Fluidifier les parcours</b> (articulation entre acteurs, y compris les communes) <b>avec une visée inclusive</b>  |
| <b>Axe 4</b> | <b>Santé communautaire</b> (développement de réseau, développement des GEM, appui aux aidants, formation des professionnels primo-arrivants, fonctions de traducteur/médiateurs) |
| <b>Axe 5</b> | <b>Prévention, dépistage et intervention précoce</b>   |

- **Février 2020 à Octobre 2020** (mais avec une presque interruption de près de 6 mois en raison du confinement): Constitution de groupes de travail sur chacun des axes, puis après une ou deux réunions de groupe, élaboration de fiche action autour de pilotes.

En parallèle, sur la période août – octobre 2020, sous l'impulsion de l'ARS, certains acteurs se sont organisés pour être en situation de soumettre des projets dans le cadre des appels à projets lancés par le Ministère de la Santé.

- **Novembre 2020 à Décembre 2020** : Finalisation et validation

Le législateur, en amenant chaque territoire à élaborer et à valider un projet territorial de santé mentale a mis l'accent sur la nécessité de prendre en compte les spécificités locales.

Nul doute que ces spécificités sont particulièrement marquées à Mayotte.

On peut les résumer schématiquement de la façon suivante :

- La jeunesse et la précarité de la population mahoraise
- Le dénuement des offres de soin et d'accompagnement par rapport aux standards nationaux
- L'environnement culturel différent

- La difficulté des opérateurs à recruter et à fidéliser les professionnels nécessaires à faire fonctionner les dispositifs existants et plus encore, demain, à faire fonctionner les dispositifs à créer.
- Le paradoxe d'avoir un système à la fois « simple » et à construire et en même temps des difficultés à amener les opérateurs à se coordonner et à coopérer, car submergés par la difficulté de la gestion quotidienne.

En raison de ces particularités, et au final de la cohérence d'ensemble du projet, il apparaît intéressant de le laisser percevoir au travers de plusieurs spectres complémentaires qui constituent un tout.

En effet, il est possible de considérer le PTSM de Mayotte par trois points de vue :

- A. Les principes transversaux
- B. Les fiches actions
- C. La lecture temporelle

### **A/ Les principes transversaux**

Les objectifs, plans d'action, démarches figurant dans les fiches actions prennent en considération tout ou partie de cinq principes transversaux.

#### **Miser sur la prévention**

La jeunesse de la population mahoraise conjuguée à l'incapacité du système de santé à soigner et à accompagner conduisent à prévoir au premier plan la prévention.

Le PTSM prévoit de mettre cette prévention en action de plusieurs matières :

- Pour les patients chroniques, il s'agit de créer des alliances, afin de permettre un continuum entre soin et accompagnement, afin de permettre la resocialisation des patients, et par conséquent. Ces alliances peuvent être trouvées avec les familles, les collectivités dans le cadre de la santé communautaire, les gestionnaires du champ social.
- Il s'agit aussi de prolonger la prise en charge intensive, en dehors des capacités d'hospitalisation complète, afin de laisser le temps à l'alliance thérapeutique et de préparer la bascule vers les dispositifs extrahospitaliers
- La prévention consiste également à faire en sorte que le public précaire puisse accéder aux soins, et d'en garantir un effet durable,
- Accompagner les professionnels dans leurs pratiques vis-à-vis des jeunes et adolescents, au travers la mise en place d'une équipe mobile d'accompagnement en pédopsychiatrie.

#### **Adapter le système de santé à la culture mahoraise**

Le diagnostic a mis en avant les difficultés liées à la compréhension réciproque entre le soignant et le soigné, par l'intermédiaire d'un interprète n'étant ni formé, ni reconnu dans son rôle d'acteur du soin. Il a également indiqué les avantages que le système de soin et d'accompagnement auraient à s'appuyer sur les ressources culturelles et religieuses qui constituent des repères importants pour la majorité de la population mahoraise.

En cohérence, le PTSM va chercher à améliorer l'intrication entre ces deux sphères. Quelques projets / actions emblématiques sont à citer :

- Création d'une formation de médiateurs – interprètes et reconnaissance de ce métier
- Formation à la culture mahoraise pour les professionnels non mahorais

- Renfort de l'aumônerie du CHM
- Une E2MA2P empreinte d'ethnopsychiatrie, grâce à la contribution d'un expert en la matière
- Formulation de message de prévention en lien avec les autorités traditionnelles et religieuses de Mayotte (Conseil Cadial)

### Développer l'offre de soin et d'accompagnement

L'état de l'offre en psychiatrie à Mayotte est particulièrement lacunaire. Sur la période du PTSM (2021 - 2026), il n'est ni envisageable ni souhaitable de table sur une augmentation des capacités d'hospitalisation complète :

Ce n'est pas envisageable car l'extension significative des lits d'hospitalisation est liée au projet immobilier du CHM qui, au moment de la rédaction du PTSM n'est ni arrêté dans sa conception, ni financé.

Ce n'est pas non plus souhaitable car la vision des acteurs impliqués dans l'élaboration du PTSM n'est pas d'apporter aux enjeux de la santé mentale à Mayotte une réponse de type asilaire.

En conséquence, le PTSM porte un projet ambitieux de mise à niveau des dispositifs extrahospitaliers en cohérence avec des besoins non ou mal couverts actuellement.

Le schéma global implique en effet de doter chaque secteur (Mamoudzou, Chirongui, Petite Terre, centre, nord) d'un CMP et d'un hôpital de jour. Sur la période de cinq ans du PTSM, le curseur entre cette ambition et la faisabilité (contraintes majeures d'attractivité des ressources humaines), a conduit à fixer l'objectif suivant :

| Territoire      | Objectif durant PTSM                                 |
|-----------------|--|
| Grand Mamoudzou | Maintien du dispositif actuel                        |
| Sud - Chirongui | Autonomisation du CMP en termes de ressources        |
| Petite Terre    | Mise en œuvre du projet validé par l'ARS             |
| Centre ouest    | Projet Maison Santé Mentale Centre Ouest             |
| Nord            | Doublement des consultations organisées actuellement |

A cette vision quantitative s'ajoute la volonté de construire des offres conçues avec un plus grand niveau de coordination entre plusieurs partenaires. La Maison de Santé Mentale du Centre Ouest, présenté dans le cadre de l'appel à projet « innovation organisationnelle », en constitue un bon exemple.

## Coordination des acteurs

La coordination des acteurs est d'autant plus stratégique à Mayotte, que si elle est intégrée dans les dispositifs en cours de création ou à venir, de véritables synergies pourraient être trouvées.

Le territoire peut plus facilement construire une offre en addictologie, aujourd'hui embryonnaire, dans un souci de complémentarité avec la psychiatrie.

On retrouve cette recherche de la coordination au niveau de 10 fiches action sur 15 :

On peut citer l'idée d'organiser des formations interinstitutionnelle (notamment sur l'ouverture à la couverture mahoraise) afin que les professionnels arrivés depuis peu repèrent des homologues au niveau des autres institutions / dispositifs.

La santé communautaire est intrinsèquement une recherche de coordination entre acteurs.

Enfin, il est prévu que le CREAL poursuive un travail visant à créer les conditions de la coopération / coordination entre les acteurs, au travers notamment du suivi et de l'animation du PTSM.

## Former / attirer / fidéliser les professionnels

En matière de ressources humaines, le territoire de Mayotte est confronté à trois difficultés.

Le personnel mahorais qualifié est insuffisant. Pourtant il serait de l'intérêt de tous de pouvoir adosser davantage les dispositifs sanitaires et médico-sociaux à ce type de profils (métiers du soin et de l'accompagnement social). Cela permettrait en effet de généraliser le contact direct entre le professionnel et le public. A cette fin, Il est notamment prévu de travailler sur le renforcement des parcours de formation en s'appuyant sur les services civiques et les contrats d'apprentissages.

Le turn over du personnel est très fort en raison de l'image générale de Mayotte vis-à-vis de l'extérieur (image négative de l'insécurité), mais également par l'épuisement de ces professionnels dans le cadre de fonctions et de systèmes hiérarchiques permettant peu à ces derniers d'appréhender le sens profond de leurs missions. Plusieurs leviers sont envisagés : notamment cibler les professionnels susceptibles d'être intéressés par Mayotte ou mettre en avant, lorsque cela sera devenu réalité (grâce au PTSM), la dimension partenariale et multiculturelle de la pratique professionnelle sur ce territoire.

Mettre en place des dispositifs d'appui aux pratiques professionnels destinés à de redonner confiance aux équipes en charge des enfants et des adolescents, dans un contexte où l'offre, en tout cas dans l'immédiat, est loin de correspondre aux standards de la nation : projet E2MA2P.

## 5.2 LISTE DES FICHES ACTIONS

|          |   |
|----------|---|
| Fiche 1  | Créer une offre de prise en charge sur le centre ouest : Maison de Santé Mentale de Centre Ouest  |
| Fiche 2  | Mettre en place un accueil de jour en alternative à l'hospitalisation   |
| Fiche 3  | Expérimenter des organisations et dispositifs alternatifs à l'hospitalisation   |
| Fiche 4  | Formuler et mettre en œuvre une offre cohérente et coordonnée entre santé mentale et addiction  |
| Fiche 5  | Créer les conditions d'une coordination entre les acteurs soins et les acteurs de la lutte contre l'exclusion et la précarité             |
| Fiche 6  | Organiser les conditions de l'attractivité et de la fidélisation des acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale                |
| Fiche 7  | Créer un dispositif de pilotage et d'appui du PTSM favorisant la coordination et la communication entre les acteurs                       |
| Fiche 8  | Adosser le parcours santé mentale à une approche « santé communautaire structurée »   |
| Fiche 9  | Adapter les pratiques de santé mentale à la culture mahoraise par le levier de la médiation en santé mentale                              |
| Fiche 10 | Renforcer l'implication des patients et des associations de famille   |
| Fiche 11 | Mettre en place une équipe mobile mahoraise d'accompagnement en pédopsychiatrie   |
| Fiche 12 | Créer un centre ressource pour auteurs et victimes d'agressions sexuelles   |
| Fiche 13 | Renforcer l'offre de soins émanant du champ médico-social à destination des enfants et des adolescents présentant des troubles psychiques |
| Fiche 14 | Faire renaître la CUMP (cellule d'urgence médico-psychologique) : structuration, renforcement et formation                                |

| Axes  | Fiches actions   | Prévention      | Adaptation culture | Développer l'offre de soin | Coordination entre acteurs | Fidéliser les professionnels | Total    |
|---|--|-----------------|--------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------|
| <b>Axe 1</b><br><b>Offre de soins</b>             | 1. MSMCO   |                 | ✓                  | ✓                          | ✓                          | ✓                            | 4 thèmes |
|   | 2. Hôpital de Jour                                     | ✓               |                    | ✓                          |                            |                              | 2 thèmes |
|   | 3. Alternatives à l'hospitalisation                    | ✓               |                    | ✓                          | ✓                          |                              | 3 thèmes |
|   | 4. Santé mentale et addiction                          |                 |                    | ✓                          | ✓                          |                              | 2 thèmes |
|   | 5. Coordination santé - précarité                      | ✓               |                    |                            | ✓                          |                              | 2 thèmes |
|   | 14. CUMP   |                 |                    |                            | ✓                          | ✓                            | 2 thèmes |
| <b>Axe 2</b><br><b>Développer les compétences</b> | 6. Attractivité, fidélisation, formation des RH        |                 | ✓                  |                            | ✓                          | ✓                            | 3 thèmes |
| <b>Axe 3</b><br><b>Fluidifier les parcours</b>    | 7. Créer un dispositif de coordination                 |                 |                    |                            | ✓                          | ✓                            | 2 thèmes |
| <b>Axe 4</b><br><b>Santé communautaire</b>        | 8. Santé communautaire                                 | ✓               | ✓                  |                            | ✓                          | ✓                            | 4 thèmes |
|   | 9. Médiation culturelle                                | ✓               | ✓                  |                            |                            | ✓                            | 3 thèmes |
|   | 10. S'appuyer sur les patients et les familles         |                 | ✓                  |                            |                            |                              | 1 thème  |
| <b>Axe 5</b><br><b>Prévention et dépistage</b>    | 11. E2MA2P   | ✓               | ✓                  |                            | ✓                          | ✓                            | 4 thèmes |
|   | 12. Victimes agressions sexuelles                      | ✓               | ✓                  | ✓                          |                            |                              | 3 thèmes |
|   | 13. Renforcement offre de soins enfants et adolescents |                 |                    | ✓                          | ✓                          |                              | 2 thèmes |
| <b>Total</b>                                      |  | <b>7 fiches</b> | <b>7 fiches</b>    | <b>6 fiches</b>            | <b>9 fiches</b>            | <b>6 fiches</b>              |          |