

PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE DE LA GUADELOUPE



Et si notre regard changeait sur la santé mentale.

#MaSante2022

www.ptsm-guadeloupe.fr



Région académique



PARTIE 1 - LE CADRE DE CONSTRUCTION DU PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE EN GUADELOUPE	8
1. LES CADRES NATIONAL ET REGIONAL DE CONSTRUCTION DU PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE	8
1.1. Cadre national de la construction du PTSM	8
1.1.1. Cadre juridique	8
1.1.2. Stratégie nationale pour la santé mentale	8
1.2. Les axes du Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2022 de Guadeloupe	9
2. LA DEMARCHE DE CONSTRUCTION DU PTSM	10
2.1. Gouvernance et acteurs de la construction du PTSM	10
2.1.1. La gouvernance du projet	10
2.1.2. Les acteurs du PTSM	10
2.2. La méthode de construction du diagnostic territorial partagé de santé mentale (DTPSM)	11
2.2.1. Méthodologie de construction du DTPSM	11
2.2.2. Pour la partie quantitative du DTPSM	12
2.2.3. Pour la partie qualitative du DTPSM	12
2.3. La méthode de construction de la feuille de route du PTSM	13
2.3.1. L'identification de cinq axes opérationnels pour la construction de la feuille de route du PTSM	13
2.3.2. La synthèse du plan d'actions sur le modèle de fiches projets	13
2.4. La mise en œuvre du PTSM	14
2.4.1. Le Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM)	14
2.4.2. La déclinaison des actions du PTSM au sein des projets d'établissement ou de service et des projets médicaux partagés des GHT	14
2.4.3. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens	15
2.4.4. Les autres outils de déclinaison et de contractualisation	15
2.4.5. Le suivi de la mise en œuvre des actions du PTSM	15
PARTIE 2 - DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE DE SANTE MENTALE	17
1. CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES LIEES A LA SANTE MENTALE EN GUADELOUPE	17
2.5. Structure générale de la population	17
2.5.1. Structure de la population adulte	17
2.5.2. Structure de la population infanto-juvénile	18
2.5.3. Perspectives : baisse de la population et accroissement de la proportion des personnes âgées	19
2.6. Eléments clés de diagnostic	20
2.6.1. Indicateurs socio-économiques clés liés à la prévalence de troubles psychiques	20
2.6.2. Environnement et sociologie en lien avec la santé mentale	21
2.7. Socio-économie sur le territoire	22
2.7.1. Emploi	22
2.7.2. Niveau de vie économique et précarité	23

2.7.3.	Structure des ménages et familles	23
3.	SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE ET RECOURS AUX SOINS EN GUADELOUPE	24
3.1.	Situation épidémiologique et consommation médicamenteuse	24
3.1.1.	Espérance de vie	24
3.1.2.	Morbidité liée à la santé mentale	24
3.1.3.	Consommation de médicaments	26
3.2.	Recours hospitalier	26
3.2.1.	Synthèse du recours	26
3.2.2.	Taux de recours des 0-17 ans par zone géographique	28
3.2.3.	Taux de recours des adultes	29
3.2.4.	Spécificités dans le recours aux soins hospitaliers	30
3.2.5.	Focus sur le recours des populations spécifiques	31
4.	PROFIL ET ORGANISATION DE L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE	33
4.1.	Offre sanitaire et médico-sociale	33
4.1.1.	Offre de soins médicale libérale	33
4.1.2.	Offre de soins paramédicale libérale	34
4.1.3.	Offre de soins hospitalière en psychiatrie	34
4.1.3.1.	Capacitaire en hospitalisation et accès à l'offre	34
4.1.3.2.	Capacitaire en personnel hospitalier	35
4.1.4.	Offre médico-sociale et sociale pour l'accueil du handicap	36
4.2.	L'organisation des filières au sein du territoire	39
4.2.1.	Filière adolescents	39
4.2.2.	Articulation ville-hôpital	39
4.2.3.	Concernant les suicides et tentatives de suicide	41
4.2.4.	Addictologie	41
4.2.5.	Prévention et soins somatiques	42
5.	SYNTHESE DU DTSPM	43
	PARTIE 3 - LES ENJEUX DU PTSM ET SA FEUILLE DE ROUTE	44
1.	LES ENJEUX ISSUS DU DTSPM DANS LE CADRE DES OBJECTIFS NATIONAUX	44
1.1.	Promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide	44
1.2.	Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité	45
1.3.	Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique	46
2.	LA FEUILLE DE ROUTE DU PTSM	47
2.1.	Rappel des objectifs stratégiques du PRS	47

2.2.	Les objectifs opérationnels	47
PARTIE 4 - LES ACTIONS DU PTSM		48
LES PRIORITES 2020-2021		48
Action 1.	Créer des équipes mobiles adolescentes	49
Action 2.	Créer une nouvelle MDA	51
Action 3.	Accompagner le développement des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)	54
Action 4.	Accompagner l'élaboration d'une formation et de stages croisés pour les différents acteurs qui contribuent au parcours du patient en santé mentale	56
Action 5.	Créer des équipes mobiles gérontopsychiatriques	58
Action 6.	Former les équipes de prévention spécialisée à la pratique du repérage des situations de vulnérabilité	61
Action 7.	Former les personnels pénitentiaires au dépistage des troubles et fragilités psychiques (exemple du risque suicidaire)	64
Action 8.	Accompagner l'élaboration d'une application pour le repérage des signes précurseurs	67
Action 9.	Renforcer la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiques	70
Action 10.	Compléter et renforcer l'offre de prise en charge des adolescents suite à l'évaluation des équipes mobiles	74
Action 11.	Initier un appel à candidature pour IDE en pratique avancée en santé mentale	76
Action 12.	Ouvrir un dialogue avec la CGSS sur l'expérimentation du paiement à l'acte des psychologues libéraux	79
Action 13.	Associer l'EPSM aux opérateurs qui concourent à l'élaboration d'un projet d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle	81
Action 14.	Développer les consultations avancées en psychiatrie et en addictologie sur l'ensemble du territoire, au plus près des usagers, y compris dans les îles du Sud	84
Action 15.	Renforcer le repérage des troubles autistiques	86
Action 16.	Initier l'organisation des universités en santé mentale	87
Action 17.	Renforcer et pérenniser l'organisation de la Semaine d'Information en Santé Mentale (SISM)	90
Action 18.	Renforcer la réhabilitation psychosociale à l'échelle du territoire	92
Action 19.	Aider à la création de GEM sur les territoires isolés	94
Action 20.	Initier une rencontre avec différents partenaires pour la construction d'un DU santé mentale/pairs aidants	96
Action 21.	Initier une rencontre avec différents partenaires pour la construction d'un Master en santé mentale pour les infirmiers à pratique avancée	98
Action 22.	Encourager le partenariat avec les bailleurs sociaux pour améliorer l'accès au logement des personnes souffrant de troubles psychiques	100
ANNEXE 1 : SOURCES DES DONNEES STATISTIQUES		103
ANNEXE 2 : LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES		104
ANNEXE 3 : ORGANISATION DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE EN GUADELOUPE EN 2020		106
ANNEXE 4 : LISTE DES ACTIONS OPERATIONNELLES		107

Glossaire des abréviations

AMP – Aide Médico Psychologique
ANAP – Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM – Agence Nationale d'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
ANPAA - Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ARS – Agence Régionale de Santé
AVS – Auxiliaire de Vie Scolaire
CAMSP - Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CCAS – Centre Communal d'Action Sociale
CCOMS - Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale
CDAPH – Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CES – Centre d'Examens de Santé
CGSS – Caisse Générale de Sécurité Sociale
CH – Centre Hospitalier
CHRS - Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU – Centre Hospitalier Universitaire
CLS – Contrat Local de Santé
CLSM – Conseil Local de Santé Mentale
CMP – Centre Médico Psychologique
CPAM – Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPT – Communauté Psychiatrique de Territoire
CPTS – Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRA – Centre de Ressources Autisme
CSAPA – Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CTS – Conseil Territorial de Santé
CTSM – Contrat Territorial de Santé Mentale
DDARS – Délégation Départementale de Guadeloupe de l'Agence Régionale de Santé
DDCSPP - Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DJSCS – Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale
DREES - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DTPSM – Diagnostic Territorial Partagé de Santé Mentale
EHPAD – Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMPP – Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
EPA – Espace Personnes Âgées
EPCI – Etablissement Public de Coopération Intercommunale
EPSM – Etablissement Public de Santé Mentale
ES – Etablissements de Santé
ESSMS - Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
FAM – Foyer d'accueil médicalisé
GEM – Groupe d'Entraide Mutuelle
GCSMS – Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GHT – Groupement Hospitalier de Territoire
HAD – Hospitalisation A Domicile
HAS – Haute Autorité de Santé
IFSI – Institut de Formation en Soins Infirmiers
IME – Institut Médico-Educatif
INSEE - Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPA – Infirmier à Pratique Avancée
IPAP – Infirmier à Pratique Avancée en Psychiatrie
IREPS - Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
ITEP – Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
MAS – Maison d'accueil spécialisée
MAIA – Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soin
MDPH – Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSP – Maison de Santé Pluriprofessionnelle
OPCO – Opérateur de Compétences
ORS – Observatoire Régional de Santé

PAEJ - Point Accueil Ecoute Jeunes
PFIDASS – Plate-Forme d’Intervention Départementale d’Accès aux Soins et à la Santé
PJJ – Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI – Protection Maternelle et Infantile
PMP – Projet Médical Partagé
PPSMJ – Personnes Placées Sous Main de Justice
PRS – Projet Régional de Santé
PTA – Plateforme Territoriale d’Appui
PTSM – Projet Territorial de Santé Mentale
RIMP – Relevé d’Information Médicale en Psychiatrie
SAMO - Service d’Accompagnement à la Mobilité et à l’Orientation
SAMSAH – Service d’Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS – Service d’Accompagnement à la Vie Sociale
SDIS - Service départemental d’incendie et de secours
SISM – Semaine d’Information en Santé Mentale
SNS – Stratégie Nationale de Santé
SPSC – Soins Psychiatriques Sans Consentement
SSIAD - Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSR - Soins de Suite et de Réadaptation
TSA – Troubles du Spectre Autistique
UAP – Unité d’Admission Psychiatrique
UNAFAM – Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques
URFPS – Union Régionale des Professionnels de Santé

PARTIE 1 - LE CADRE DE CONSTRUCTION DU PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE EN GUADELOUPE

1. Les cadres national et régional de construction du Projet Territorial de Santé Mentale

1.1. Cadre national de la construction du PTSM

1.1.1. Cadre juridique

Le projet territorial de santé mentale est une démarche démocratique visant à mieux organiser les parcours des citoyens souffrant de troubles mentaux par la coordination des différents acteurs des parcours de vie. Même si nombre de problématiques locales peuvent émerger au cours de la construction d'un PTSM, ce dernier doit s'inscrire dans le cadre des politiques nationale et régionale qui constituent des guides et mettent en évidence des axes importants à prendre en compte.

En effet, la construction d'un PTSM est encadrée par :

- Le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale ;
- L'instruction DGOS n°137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale ;
- Ma Santé 2022.

1.1.2. Stratégie nationale pour la santé mentale

En complément du cadre juridique de la construction du PTSM, le ministère de la santé a publié le 28 juin 2018 sa feuille de route « Santé mentale et psychiatrie ». Concernant la santé mentale, cette dernière affiche trois ambitions qui s'inscrivent dans la promotion des parcours de vie des usagers :

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

En lien avec ces orientations, le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 définit six priorités qui structurent la démarche menée par la Guadeloupe pour son PTSM :

- **Le repérage précoce des troubles psychiques ;**
- **L'organisation, sans rupture, du parcours des personnes, en particulier celles présentant des troubles graves, à risque ou en situation de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ;**
- **L'accès aux soins somatiques des personnes présentant des troubles psychiques ;**
- **La prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence ;**
- **Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décision et d'action ainsi que la lutte contre la stigmatisation de ces troubles ;**
- **L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale.**

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et son décret d'application du 27 juillet 2017 posent les bases d'une politique de santé mentale territorialisée et centrée sur l'accès de tous à des parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture. Comme le précise le décret, le PTSM doit :

- Favoriser la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médicosocial 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 ;
- Permettre la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social ;
- Déterminer le cadre de la coordination de second niveau et la décliner dans l'organisation des parcours de proximité qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.

1.2. Les axes du Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2022 de Guadeloupe¹

Le PTSM est le résultat d'un travail de collaboration transversal entre les acteurs de la santé mentale. Il ne se limite donc pas à la dimension sanitaire. Néanmoins, ce projet reste fortement cadré par la stratégie régionale, dont les principaux éléments sont définis par le Projet Régional de Santé. De plus, les projets portant sur la prise en charge des patients doivent également prendre en compte les spécificités de l'exercice psychiatrique sur une île comme la Guadeloupe, dont la géographie et la sociologie des habitants appellent des réponses particulières.

La réflexion stratégique territoriale est donc principalement cadrée par la stratégie régionale, dont il convient de rappeler les principaux éléments. Dans le Schéma Régional de Santé, il existe des orientations spécifiques pour les patients de Guadeloupe et pour ceux de Saint-Barthélemy et Saint-Martin. Concernant les patients de Guadeloupe, trois objectifs majeurs sont identifiés pour améliorer les parcours en santé mentale :

1. Réduire la part des soins psychiatriques sans consentement (objectif de réduction de 10% des SPSC par rapport à la proportion de 2017, évaluée entre 40 et 50%) ;
2. Mettre en place un Conseil Local de Santé Mental (CLSM) dans chaque EPCI ou Mairie ;
3. Elaborer le PTSM, ce qui fait l'objet du travail actuel.

Afin de mettre en œuvre ces objectifs (et notamment le premier), quatre projets sont particulièrement identifiés, cadrant les orientations soignantes des projets en lien avec la santé mentale en Guadeloupe :

- **Projet 1 : Mettre en œuvre l'approche transversale de la politique de santé mentale dans le cadre du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) et des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) ;**
- **Projet 2 : Améliorer le repérage précoce de la souffrance psychique ;**
- **Projet 3 : Améliorer les conditions de vie, l'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique ;**
- **Projet 4 : Promouvoir le bien-être mental en agissant sur les déterminants individuels, sociaux et environnementaux de la vulnérabilité sociale et psychique.**

¹ Source : PRS 2018-2023 de Guadeloupe (<https://www.guadeloupe.ars.sante.fr/system/files/2018-07/SRS%20Guadeloupe%20St%20Martin%20St%20Barthelemy%20%282018-2023%29.pdf>)

2. La démarche de construction du PTSM

2.1. Gouvernance et acteurs de la construction du PTSM

2.1.1. La gouvernance du projet

La gouvernance du Projet Territorial de Santé Mentale est assurée par les entités suivantes :

- L'Agence Régionale de Santé (ARS) de Guadeloupe qui exerce le rôle stratégique de supervision du projet ;
- Autour de l'ARS, une équipe projet opérationnelle constituée par des professionnels, des acteurs majeurs du territoire, établissements et associations, etc. ;
- Un cabinet de conseil, le Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH), qui accompagne méthodologiquement le projet, sur la réalisation des diagnostics quantitatif et qualitatif et sur la production des livrables de projet ;
- La Commission Spécialisée en Santé Mentale du Conseil Territorial de Santé de Guadeloupe (en projet), qui assurera les missions suivantes :
 - Participer à la réalisation du diagnostic territorial partagé, préalable à l'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale ;
 - Donner un avis sur le Projet Territorial de Santé Mentale ;
 - Faire des propositions pour améliorer la réponse aux besoins de la population sur le territoire, notamment sur l'organisation des parcours de santé.

2.1.2. Les acteurs du PTSM

La clé de réussite de la construction d'un PTSM réside dans la capacité des acteurs à élaborer un état des lieux partagé, ainsi qu'une feuille de route claire pour tous les participants, relative à la coordination et la prise en charge des parcours de vie des usagers. La méthode se doit donc d'être fortement participative et implique *a minima* les acteurs suivants :

- **Les représentants des usagers** : usagers, familles et Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) ;
- **Les institutions** : la préfecture, l'Agence Régionale de Santé (ARS), les services du Conseil Départemental (Direction de la Solidarité), les communes, les CCAS, les intercommunalités, l'Education nationale, la police municipale de Sainte-Anne, la gendarmerie, la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP), La Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), la Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale (DJSCS), le Tribunal de Grande Instance (TGI), la maison d'arrêt, le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS), la Collectivité de Saint-Barthélemy (service handicap) ;
- **Les structures sanitaires** : l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM), le CH Louis Constant Fleming de Saint-Martin, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Guadeloupe, le GHT de la Guadeloupe, le centre 15, les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), la pédiatrie, la gériatrie, la médecine, les centres hospitaliers locaux, l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), l'hospitalisation à domicile (HAD), etc. ;
- **Les établissements médico-sociaux et sociaux** : foyer d'hébergement, Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Saint-Barthélemy, EHPAD, Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), services de protection des majeurs, services d'aide à domicile, associations tutélaires, Mission Locale et Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ), MDPH, ITEP, IME, etc.
- **Les bailleurs sociaux** ;

- **Les professionnels de santé libéraux** : l'URPS, les MSP, l'ordre des médecins, l'ordre des infirmiers.

La démarche accorde une importance particulière à l'implication de l'ensemble des acteurs de santé mentale, notamment les représentants des usagers et leur entourage. C'est dans ce cadre que s'est inscrite la construction du PTSM de Guadeloupe.

2.2. La méthode de construction du diagnostic territorial partagé de santé mentale (DTPSM)

La construction du PTSM commence avec la construction d'un diagnostic territorial partagé de santé mentale (DTPSM). Ce diagnostic partagé avec l'ensemble des professionnels participant à la prise en charge des usagers constitue une étape importante puisqu'il doit permettre d'élaborer une représentation commune du profil de la population à prendre en charge ainsi que des déficits pour répondre aux besoins. Une première approche a été possible sur la base de l'enquête « Santé Mentale en Population Générale : images et réalités » (SMPG) coordonnée en Guadeloupe en 2014 par le centre Collaborateur OMS et le DIM du CHM, dont la restitution a été faite en 2016.

Le DTPSM vise à identifier les besoins et les ressources du territoire de façon à inscrire l'action des professionnels et établissements et de leurs partenaires dans la perspective du déploiement de ces objectifs stratégiques de santé.

2.2.1. Méthodologie de construction du DTPSM

Il s'agit dans un premier temps d'identifier les champs du diagnostic et la méthode nécessaire pour répondre aux questions qui se posent. Pour réaliser ces étapes, l'ARS de Guadeloupe a mis en œuvre une démarche méthodologique d'animation de groupes de travail entre les professionnels de santé mentale. Ces groupes avaient pour but de construire un diagnostic par thématique et de proposer les solutions.

Le diagnostic s'est également appuyé sur un recueil d'indicateurs quantitatifs fournis par les consultants. Le recueil quantitatif a été réalisé en 2019 sur la base des données disponibles. Ces dernières ont été compilées et synthétisées dans ce document. En résumé, la démarche de construction du diagnostic a été structurée de la manière suivante :

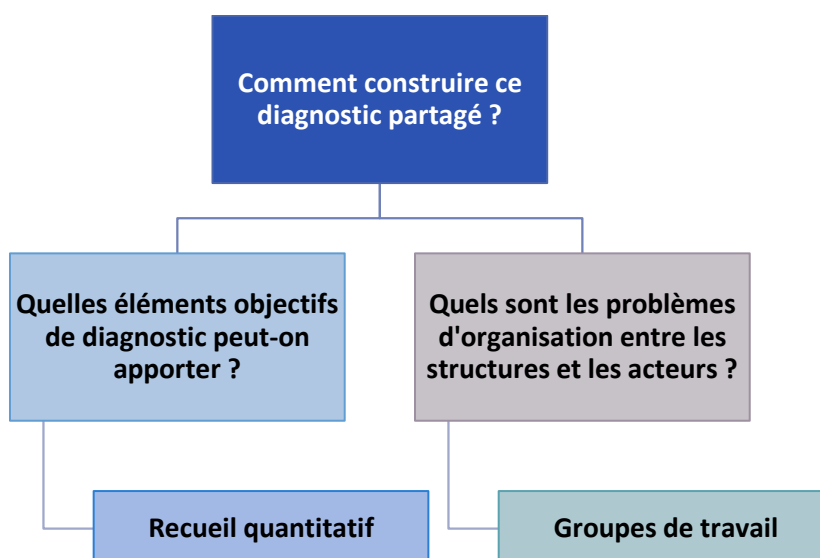


Figure 1 : Dimensions d'analyse et méthode de construction du DTPSM

2.2.2. Pour la partie quantitative du DTSPM

Le recueil de données a été réalisé sur la base des indications présentes dans le décret du 27 juillet 2017 et met en regard des informations quantitatives concernant l'état du département et des informations indiquant les représentations des acteurs quant à ces réalités. Toutes les données du diagnostic quantitatif sont issues des bases de données disponibles, produites par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), l'ARS (Agence Régionale de Santé), l'ORS (Observatoire Régional de Santé), ainsi que des bases fournies par l'Education nationale, la justice, la DREES, et les données du RIMP.

Le rôle d'un diagnostic quantitatif consiste à mettre en évidence les points saillants caractérisant le territoire étudié. La lecture de celui qui produit le recueil doit nécessairement être mise en regard de l'expertise des acteurs de terrain d'où l'importance du diagnostic qualitatif, qui traduit les perceptions des acteurs par rapport aux sujets.

2.2.3. Pour la partie qualitative du DTSPM

C'est pourquoi, pour compléter la photographie réalisée sur les aspects quantitatifs, l'ARS a mis en œuvre et organisé 10 groupes de travail thématiques. Ces groupes se sont réunis deux fois au cours des mois de septembre et octobre 2019 afin de réaliser un diagnostic des organisations sur les thèmes les concernant et de proposer une feuille de route pour ces thèmes.

Les thématiques étaient les suivantes :

GT1	L'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux
GT2	Un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, pour les personnes présentant des troubles psychiques graves en vue de leur rétablissement et leur insertion sociale
GT3	L'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins
GT4	La prévention et la gestion des situations de crise et d'urgence
GT5	L'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles
GT6	L'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
GT7	La prise en charge des personnes placées sous main de justice souffrant de troubles psychiques
GT8	L'organisation des conditions de dépistage et d'accès aux soins psychiatriques et de suivi pour les personnes âgées à domicile ou dans les structures médico-sociales
GT9	La prévention des tentatives de suicide et du suicide
GT10	La prise en charge des personnes souffrant d'addictions

Les résultats des travaux de diagnostic des groupes ont permis de compléter et de préciser les résultats quantitatifs décrits dans ce document.

2.3. La méthode de construction de la feuille de route du PTSM

2.3.1. L'identification de cinq axes opérationnels pour la construction de la feuille de route du PTSM

Les groupes de travail thématiques avaient également pour objectif de déterminer les problématiques prioritaires du territoire, d'analyser les dysfonctionnements et de définir les actions du PTSM des professionnels de Guadeloupe, ces actions ayant vocation à intégrer le plan d'actions du PTSM. Il leur a été demandé de construire la feuille de route sur la base de cinq axes opérationnels identifiés au préalable par l'ARS :

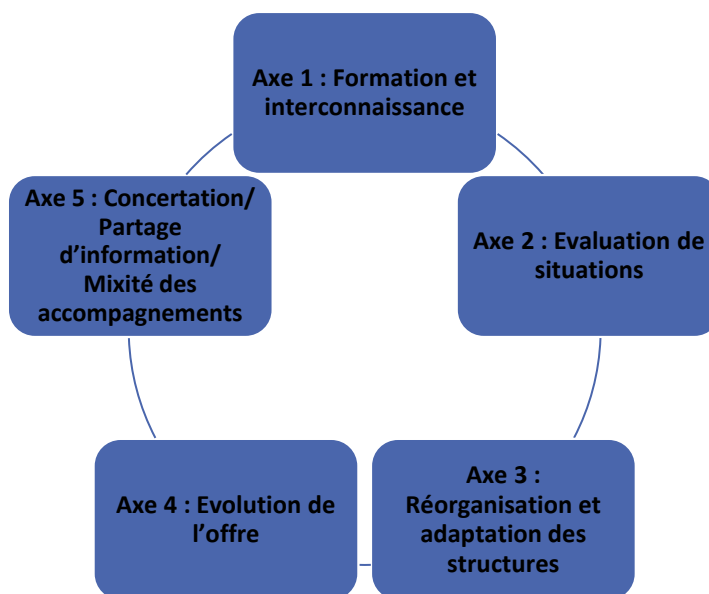


Figure 2 : Axes opérationnels identifiés par la gouvernance du projet

Au sein de ces axes, les groupes de travail ont proposé plusieurs actions qui ont été recensées et ont fait l'objet d'une compilation par les pilotes de l'ARS.

2.3.2. La synthèse du plan d'actions sur le modèle de fiches projets

A la suite des réunions des groupes de travail, les actions identifiées ont été réorganisées et intégrées au sein de fiches-projets spécifiques, comme résumé dans la figure 3.

Les thématiques des fiches projets ont été choisies en premier lieu pour que le porteur de la fiche en question puisse être parfaitement identifié (ARS, EPSM ou autre). Ces fiches sont au nombre de 22.

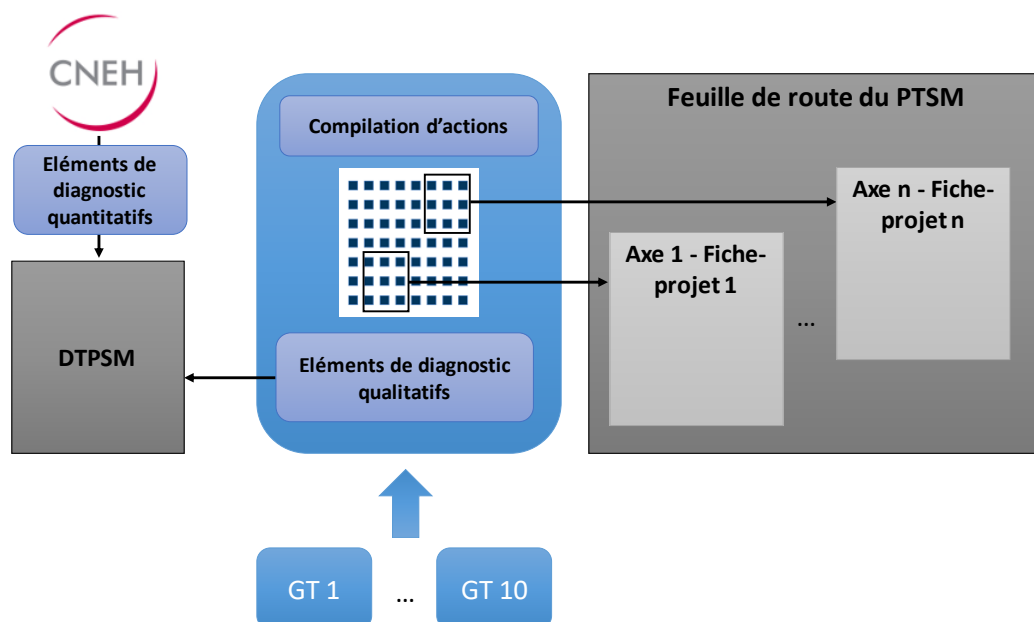


Figure 3 : Synthèse de la démarche méthodologique de construction du PTSM de Guadeloupe (source : CNEH)

2.4. La mise en œuvre du PTSM

A la suite de la construction du PTSM et de sa validation par les instances *ad hoc*, la question de sa mise en œuvre se pose. Elle s'appuie sur plusieurs outils : le contrat territorial de santé mentale, les projets d'établissement et les projets médicaux partagés du GHT, les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ainsi que d'autres outils.

2.4.1. Le Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM)

Conformément aux dispositions de l'article L3221-2 du Code de la santé publique, le Contrat Territorial de Santé Mentale est conclu entre l'Agence Régionale de Santé et les acteurs participant à la mise en œuvre du Projet Territorial de Santé Mentale. Il est recommandé que la signature du contrat intervienne dans un délai de 6 mois suivant la validation du Projet Territorial de Santé Mentale.

Le Contrat Territorial de Santé Mentale précise, pour chacune des actions visant à mettre en œuvre le projet territorial :

- Les acteurs responsables ;
- Le calendrier prévisionnel de mise en œuvre ;
- Les moyens consacrés par les acteurs ;
- Les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

2.4.2. La déclinaison des actions du PTSM au sein des projets d'établissement ou de service et des projets médicaux partagés des GHT

Le Directeur général de l'ARS s'assure que les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et sociaux, et les groupements hospitaliers de territoire déclinent au sein de leur projet stratégique (projet d'établissement ou de service, projet médical partagé) les actions du Projet Territorial de Santé Mentale qui les concernent. Il sollicite le cas échéant leur actualisation par voie d'avenant.

2.4.3. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Les actions permettant la mise en œuvre du Projet Territorial de Santé Mentale peuvent être déclinées au sein des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre l'ARS et chaque établissement sanitaire, et établissement médico-social, ainsi qu'au sein des contrats liés à la mise en œuvre d'actions financées par le fonds d'intervention régional.

2.4.4. Les autres outils de déclinaison et de contractualisation

Le Projet Territorial de Santé Mentale peut être décliné au sein :

- Des contrats locaux de santé ;
- Des projets des conseils locaux de santé, des conseils locaux de santé mentale et de toute commission créée par les collectivités territoriales pour traiter de santé mentale ;
- Des projets des équipes de soins primaires, des communautés professionnelles territoriales de santé et des plates-formes territoriales d'appui ;
- Du Projet Médial Partagé (PMP) du GHT de la Guadeloupe ;
- D'une éventuelle Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT).

2.4.5. Le suivi de la mise en œuvre des actions du PTSM

Un comité de pilotage des actions du PTSM sera mis en place à partir de janvier 2020. Ce comité de pilotage aura deux missions :

- Choisir les actions à mettre en place au cours de l'année à venir ;
- Suivre la mise en œuvre de ces actions.

La composition du comité de pilotage est la suivante :

- 6 représentants des usagers :
 - 1 représentant d'un Groupe d'entraide mutuelle (GEM) ;
 - 1 représentant de l'UNAFAM ;
 - 4 représentants des conseils de la vie sociale des ESSMS
- 7 acteurs sanitaires :
 - 3 représentants de l'EPSM : Directeur d'établissement ; Président de CME ; Directrice des Soins ;
 - 1 représentant des hôpitaux : Directeur du Centre hospitalier de Beuperthuy (CHDB) spécialisé sur l'addiction et la gérontologie, Directeur du Centre hospitalier de Basse-Terre (CHBT) ;
 - 1 représentant du CHU : Directeur général ;
 - 1 représentant des cliniques : Directeur clinique KAPPA ;
 - 1 représentant des médecins libéraux : Président URPS Médecin ;
- 3 acteurs sociaux et médico-sociaux ;
- ARS Guadeloupe – Matrice projet : construire un PTSM en 35 heures chrono – Juillet 2019
 - 1 représentant des établissements médico-sociaux (ESMS) : Directeur AGIPSAH et/ou UDAF et/ou APAJH ;
 - 1 représentant de l'OIH : Directrice ;
 - 1 représentant des services de tutelle ou mandataires judiciaire ;
- 4 services de l'Etat :
 - 1 représentant de la Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DJSCS) ;
 - 1 représentants de l'Education nationale : Inspectrice AESH ;
 - 1 représentant de la Justice : Vice-Présidente du TGI chargée de l'application des peines ;
 - 1 représentant de la Direction des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation et de l'Emploi (DIECCTE) ;

- 3 collectivités territoriales et acteurs de la démocratie sanitaire :
 - 2 représentantes du Conseil départemental : Directrice générale adjointe des services, Directrice PA/PH services d'aide sociale à l'enfance (ASE) ;
 - 1 représentant des Centres communaux d'action sociale (CCAS) ou 1 EPCI ;
- 1 acteur de la prévention et la promotion de la santé : IREPS
 - 1 représentant du secteur de la prévention et la promotion de la santé ;
- 1 acteur de la lutte contre les addictions :
 - 1 Représentant du réseau Addictions Guadeloupe (RAG) ;
- 2 acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion (CHRS, LHSS, LAM, etc.) :
 - Croix Rouge France ;
 - 1 représentant du Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO) ;
- 3 autres acteurs :
 - 1 représentant des bailleurs sociaux ;
 - 1 représentant de la CGSS/CAF ;
 - 1 représentant de l'administration pénitentiaire ;
- L'ARS sera représentée par la Directrice Générale Adjointe, le Référent santé mentale et un médecin.

PARTIE 2 - DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE DE SANTE MENTALE

1. Caractéristiques géographiques liées à la santé mentale en Guadeloupe

La partie quantitative du DTSM repose sur l'observation de la situation sociodémographique et épidémiologique de l'île de Guadeloupe, sur celle de l'offre et du recours aux soins sur ce territoire, ainsi que sur l'activité des établissements traitant de la santé mentale sur le territoire.

Elle permet de mettre en perspective les représentations qualitatives des acteurs au regard de données quantitatives, afin de comparer l'état de santé relatif de la population et les niveaux d'équipement de l'île.

2.5. Structure générale de la population

La Guadeloupe couvre un bassin de population de 382.704 personnes (données INSEE 2019), avec une population 10% plus importante en Grande-Terre qu'en Basse-Terre. La densité de population est 2,4 fois plus importante qu'en France métropolitaine.

2.5.1. Structure de la population adulte

La population est répartie de manière hétérogène entre les secteurs et varie également de façon importante selon les zones géographiques. La sectorisation psychiatrique actuelle en Guadeloupe constitue un découpage géographique historique sur lequel nous nous appuyons dans ce diagnostic. Le détail de ce découpage est rappelé en annexe 1. De plus, le découpage entre les deux îles du territoire constitue également un angle d'étude intéressant. Les populations sont réparties de la manière suivante :

Île	Secteur	Population en 2015	Taux de croissance annuel moyen
Basse-Terre	G01	55 175	-0,9%
	G02	63 457	+0,3%
	G03	71 361	+0,3%
	Total Basse-Terre	189 993	
Grande-Terre	G04	66 272	-1%
	G05	67 779	+0,4%
	G06	73 946	+0,4%
	Total Grande-Terre	207 997	
	Total général	397 990	

Tableau 1 : Répartition de la population de la Guadeloupe par secteur (source : INSEE données 2015)

On note que les évolutions de population prévisibles sont différentes selon les secteurs et les îles. Les G01 et G04 sont les seuls secteurs concernés par une diminution de population de l'ordre de 1% par an (soit 500 personnes par an dans le G01).

En complément, on note que la répartition de la population par classe d'âge montre une structuration similaire à celle de la métropole et une homogénéité entre les secteurs.

Île	Secteur	0-17 ans		18-74 ans		+75 ans		Total population
Basse-Terre	G01	12 685	23%	37 409	68%	5 081	9%	55 175
	G02	15 603	25%	43 342	68%	4 512	7%	63 457
	G03	18 862	26%	48 669	68%	3 830	5%	71 361
	Total	47 150	25%	129 420	68%	13 423	7%	189 993
Grande-Terre	G04	16 294	25%	44 485	67%	5 493	8%	66 272
	G05	15 807	23%	46 941	69%	5 031	7%	67 779
	G06	18 120	25%	50 218	68%	5 608	8%	73 946
	Total	50 221	24%	141 644	68%	16 132	8%	207 997
Total général		97 371	24%	271 064	68%	29 555	7%	397 990

Tableau 2 : Structure de la population par classe d'âge en Guadeloupe (source : INSEE données 2015)

On note que la zone géographique autour de Pointe-à-Pitre est caractérisée une population relativement plus jeune que dans le reste de la Guadeloupe.

2.5.2. Structure de la population infanto-juvénile

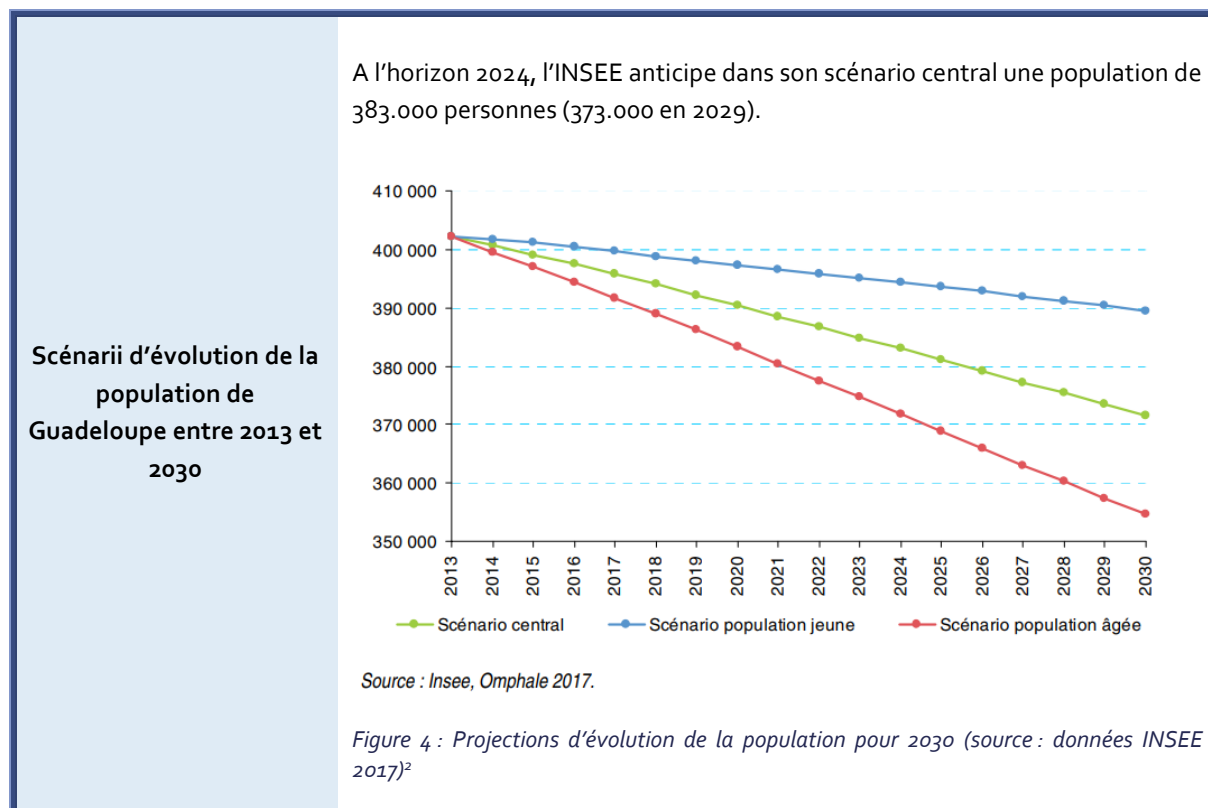
Les volumes de population sont sensiblement différents entre les deux parties de l'île avec près de 10% d'habitants entre 0 et 17 ans en plus sur Grande-Terre. Les répartitions selon les tranches d'âge sont en revanche comparables.

	Basse-Terre		Grande-Terre	
Population 0-18 ans	49 835		53 142	
Pop 0-12 ans	32 283	65%	34 483	65%
Pop 13-16 ans	11 938	24%	12 691	24%
Pop 17-18 ans	5614	11%	5 968	11%

Tableau 3 : Répartition de la population des intersecteurs par classes d'âge (source : INSEE données 2015)

2.5.3. Perspectives : baisse de la population et accroissement de la proportion des personnes âgées

Si la population de Guadeloupe a augmenté de 31% depuis 1968, l'INSEE prévoit une diminution d'environ 7% d'ici 2030.



L'INSEE écrit : « Si l'on prolonge les tendances récentes observées nationalement, la population de la Guadeloupe continuerait de diminuer pour atteindre 372.000 habitants en 2030. Cette décroissance démographique (-8%) résulterait de l'amenuisement de son accroissement naturel et d'un déficit migratoire toujours présent malgré une contraction sensible ;

En 2030, les personnes âgées de 65 ans et plus représenteraient plus de 28 % de la population totale guadeloupéenne. En 2013, la Guadeloupe compte 54 seniors pour 100 jeunes. En 2030, cette proportion serait de 134 seniors pour 100 jeunes. »

Dans le cadre du projet, il s'agit d'anticiper deux phénomènes démographiques structurants :

- La baisse de la population de près de 10% à l'échelle du département ;
- Le vieillissement de cette population.

² Note : « Un scénario est un jeu d'hypothèses sur la fécondité, la mortalité et les migrations nettes », le modèle OMPHALE produit par l'INSEE en comprend 11. Les trois scénarii représentés dans le graphe sont le scénario central (plus communément utilisé), le scénario population jeune faisant l'hypothèse d'une fécondité haute, d'une espérance de vie basse et d'un niveau de migration haut ; et le scénario population âgée faisant l'hypothèse d'un taux de fécondité basse, d'une espérance de vie haute et d'un niveau de migration bas. Plus d'information : http://www.progedo-adisp.fr/apf_projpop.php

La question de l'adéquation des ressources actuelles, en termes de compétences disponibles mais aussi de répartition, dédiées à la prise en charge de la santé mentale des citoyens et en particulier des personnes âgées, constitue un enjeu important du PTSM. En ce sens, la question de l'adéquation des offres sanitaire, sociale et médico-sociale aux futurs besoins de la population s'est posée dans le diagnostic et devra se traduire par un travail sur le redécoupage des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile, ainsi que des dispositifs intersectoriels ; l'offre devra être adaptée aux nouveaux besoins de la population, et aux organisations territoriales.

2.6. Eléments clés de diagnostic

2.6.1. Indicateurs socio-économiques clés liés à la prévalence de troubles psychiques

L'Organisation Mondiale de la Santé a identifié six indicateurs qui participent au développement de troubles psychiques au sein d'une population. Ces indicateurs sont considérés comme des portes d'entrée pour une analyse plus fine des phénomènes sociaux et épidémiologiques sur lesquels il est possible d'agir pour améliorer l'état de santé mentale sur un territoire.

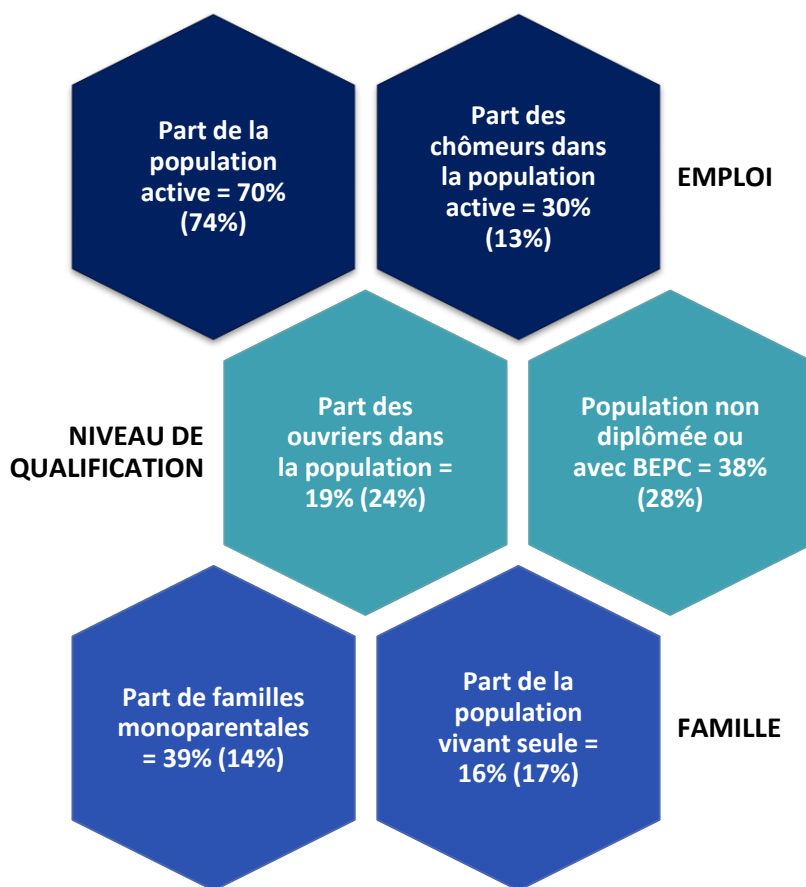


Figure 5 : Indicateurs socio-économiques clés en lien avec l'état de santé mentale (source : données INSEE 2016 via Scansanté)³

Ces données mettent en évidence un niveau de précarité globalement supérieur par rapport aux valeurs médianes des départements français.

³ Lecture : En Guadeloupe, 70% de la population est active au sens de l'INSEE, le chiffre entre parenthèses donne une comparaison avec la médiane française, c'est-à-dire la valeur répartissant la population en deux groupes de volumes égaux ;

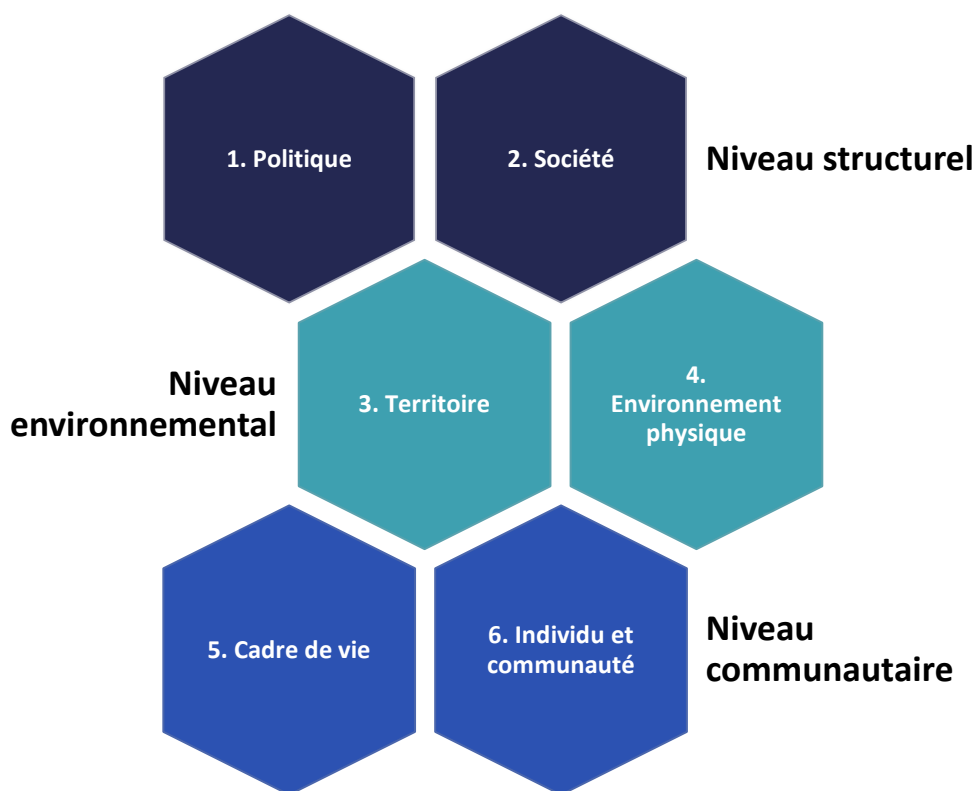
Concernant l'emploi et la qualification : l'écart est particulièrement marqué au niveau des indicateurs d'emploi de la population. En effet, la faiblesse relative de la population active couplée à la part de population sans diplôme ou titulaire du seul BEPC permet d'envisager l'existence d'un possible dynamisme économique plus faible sur ce territoire qu'en France métropolitaine.

Concernant la famille : la part de familles monoparentales est fortement supérieure à ce que l'on trouve dans la médiane nationale. De plus, la moitié des enfants de Guadeloupe vivent dans des familles monoparentales (source : INSEE et Filosofi via Atlas de santé mentale, données 2013).

En complément du travail d'identification de données quantitatives, les groupes de travail ont identifié nombre de problèmes de terrain. Ces éléments de diagnostic qualitatif complètent les travaux sur les éléments quantitatifs.

2.6.2. Environnement et sociologie en lien avec la santé mentale

Au-delà des aspects purement factuels, les groupes de travail ont également mis en œuvre une réflexion sur certains facteurs structurels en Guadeloupe qui viennent complexifier la prise en charge des troubles psychiques sur le territoire. Ces constats peuvent être structurés en trois niveaux et six thématiques :



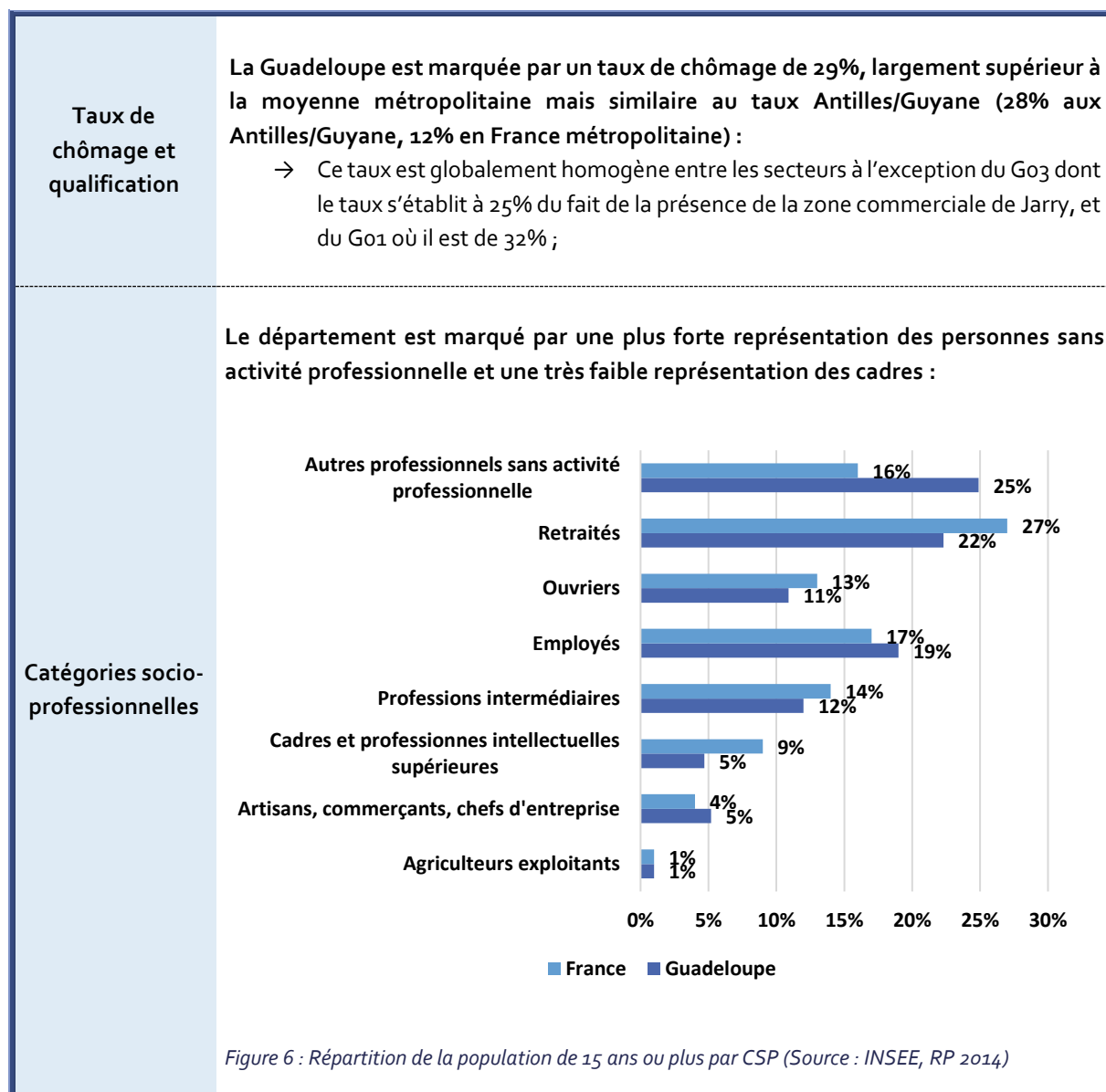
1. **Au niveau politique** : les professionnels ont mis en évidence le fait que les contextes et les choix politiques influent sur l'organisation des services et l'offre en matière de santé notamment en termes de cloisonnement entre sanitaire et social dans les politiques publiques, de dématérialisation des services publics qui rend difficile l'accès aux droits communs des communautés les plus vulnérables (« illectronisme »), de la faible participation des populations du fait d'un manque de démocratie participative, etc.
2. **Au niveau de la société** : Les représentations sociales influencent le rapport à la santé et aux soins notamment en matière de santé mentale. Particulièrement, un non recours au diagnostic et au soin peut être envisagé à un niveau important sur le territoire, tout en sachant que la vulnérabilité sociale des personnes et des familles constitue un facteur défavorable à la santé mentale (voir les résultats de l'enquête SMPG 2014) ;

3. **Au niveau des territoires**, ces derniers apparaissent vulnérables, parfois isolés face aux risques majeurs liés aux troubles mentaux. La fragilité de leur tissu social (insularité, accès facilité aux produits stupéfiants du fait de la zone psychotrope active, inégalités territoriales qui renforcent les vulnérabilités notamment dans les quartiers prioritaires, etc.) constitue un problème important ;
4. **Au niveau de l'environnement physique**, l'aménagement urbain ne semble pas favorable à la santé en Guadeloupe, que ce milieu soit rural ou urbain notamment du fait des difficultés d'accès aux structures ;
5. **Au niveau du cadre de vie**, ce dernier n'est pas toujours adapté pour les personnes ayant des troubles psychiques (manque de structures intermédiaires, d'accompagnement par les bailleurs sociaux, de lieu de type MAS, d'habitat inclusif, de jardins partagés, d'observatoire du logement, etc.) ;
6. **Au niveau des individus et des communautés**, certaines personnes ou groupes apparaissent de plus en plus exclues des processus d'inclusion sociale (faible développement des compétences psychosociales, manque d'éducation positive, d'estime de soi, etc.) ;

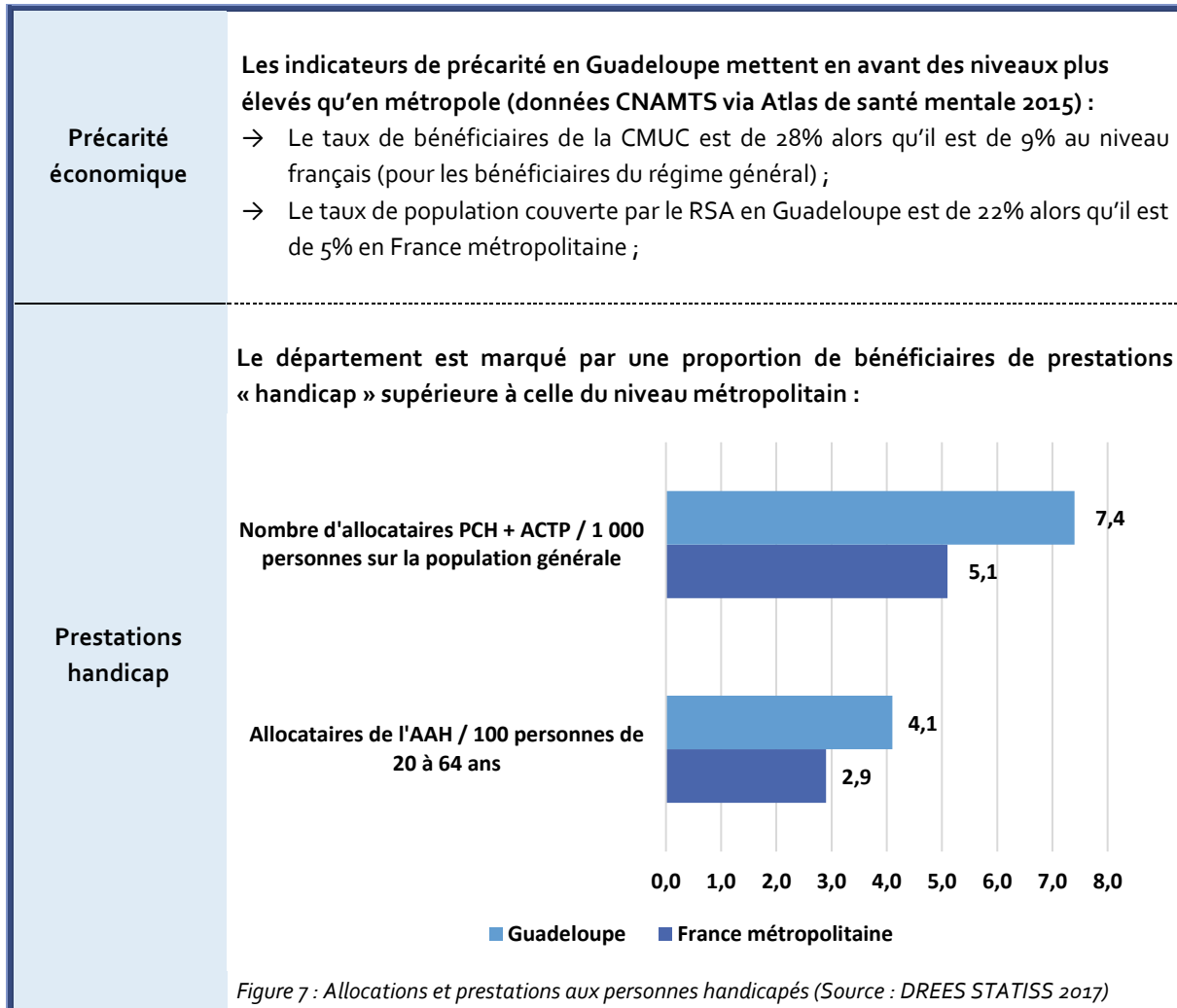
Au-delà des constats, les éléments proposés par les professionnels portent fondamentalement sur les conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale. Outre les aspects opérationnels, **l'un des enjeux majeurs du PTSM réside dans le choix d'une politique forte d'amélioration et de maintien de la santé mentale sur le territoire.**

2.7. Socio-économie sur le territoire

2.7.1. Emploi



2.7.2. Niveau de vie économique et précarité



Un niveau important de précarité

• La précarité économique est corrélée à une plus grande probabilité de recours aux soins psychiatriques, ce phénomène peut impliquer la nécessité de répondre à des besoins spécifiques (type équipe mobile précarité, dispositifs de rapprochement des soins au domicile voire télémédecine) ;

2.7.3. Structure des ménages et familles

<p>Ménages & Famille</p>	<p>L'ARS a identifié comme axe majeur la capacité des acteurs de soins en Guadeloupe à identifier précocement les troubles liés à la santé mentale ; toutefois les structures familiales rendent cet objectif difficile :</p> <ul style="list-style-type: none"> → La part de la population vivant seule est de 16%, similaire au niveau national. Un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans est confronté à l'isolement ; → En revanche, le taux de famille monoparentale est près de 3 fois supérieur au niveau métropolitain, évalué à 39% en Guadeloupe.
-------------------------------------	---

Environnement social : il arrive que les environnements familial et social ne soutiennent ou n'accompagnent pas suffisamment les personnes en leur sein (manque de relais formalisé pour le répit, manque d'information sur les dispositifs existants pour accompagner les familles, etc.) ;

L'isolement est important dans le département

• L'isolement constitue un enjeu important tant du point de vue de l'identification de l'existence de troubles mentaux que de la prise en charge en elle-même.

3. Situation épidémiologique et recours aux soins en Guadeloupe

3.1. Situation épidémiologique et consommation médicamenteuse

3.1.1. Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance est de 77 ans pour les hommes et de 85 ans pour les femmes en Guadeloupe, soit sensiblement plus faible qu'en métropole. L'espérance de vie à 65 ans est en revanche comparable au niveau métropolitain.

Espérance de vie (2014)		Guadeloupe	France métropolitaine
A la naissance	Hommes	77,0	79,3
	Femmes	84,8	85,4
A 65 ans	Hommes	19,7	19,3
	Femmes	23,0	23,3

Tableau 4 : Espérances de vie comparées (source : données DREES STATISS 2016)

3.1.2. Morbidité liée à la santé mentale

Admission en ALD 12

Le niveau de chronicité des troubles mentaux constitue un enjeu pour l'organisation des prises en charge :

- Le taux standardisé d'admission en ALD 12 pour affections psychiatriques de longue durée en Guadeloupe est égal au niveau métropolitain (213) ;
- Ce taux a suivi la même augmentation qu'au niveau national, partant de 180 en 2009 jusqu'à 213 en 2013 ;

Note : Les troubles les plus couramment recensés sont les troubles de l'humeur, la schizophrénie, le trouble schyzotypique et les troubles délirants, les troubles de la personnalité et du comportement et le retard mental (source : ORS Guadeloupe).

Répartition des troubles psychiques constatés au minimum

L'enquête SMPG coordonnée en Guadeloupe en 2014 par le CCOMS et le DIM du CHM a étudié les troubles psychiques des adultes de plus de 20 ans en population générale (représentations et prévalence). Les résultats présentés montrent une sous-représentation des troubles anxieux (15% en Guadeloupe par rapport à 22% en France métropolitaine) et une surreprésentation des troubles psychotiques (6% en Guadeloupe et 3% en France métropolitaine).

Proportion de personnes enquêtées présentant un trouble repéré au MINI en fonction du trouble et du territoire

	Guadeloupe	France hexagonale
Troubles anxieux	15%	22%
Troubles de l'humeur	14%	14%
Risque suicidaire	9%	14%
Troubles psychotiques	6%	3%
Problèmes liés à l'alcool	5%	4%
Problèmes liés aux drogues	2%	3%
Au moins un trouble	34%	32%

Champ : ensemble des individus enquêtés en Guadeloupe (n=884)

Figure 8 : Répartition des troubles psychiques dans l'enquête SMPG 2014 (Source : ORSAG)

Taux de mortalité pour troubles mentaux

Les taux standardisés de mortalité pour les pathologies liées aux troubles mentaux sont comparables au niveau national sur l'ensemble des pathologies (période 2013-2015) avec une surreprésentation des psychoses alcooliques ayant amené le décès, et une sous-représentation des suicides.

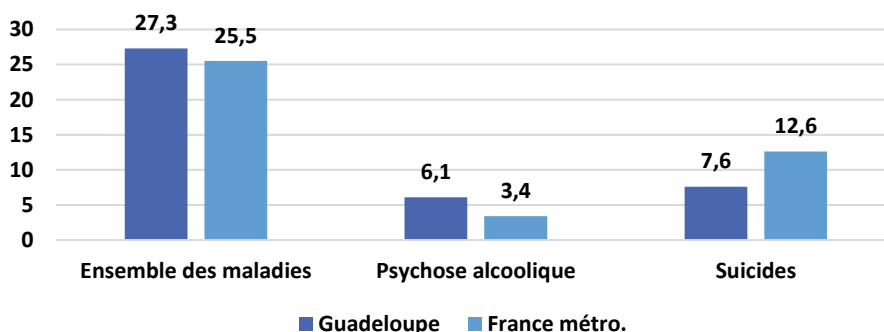
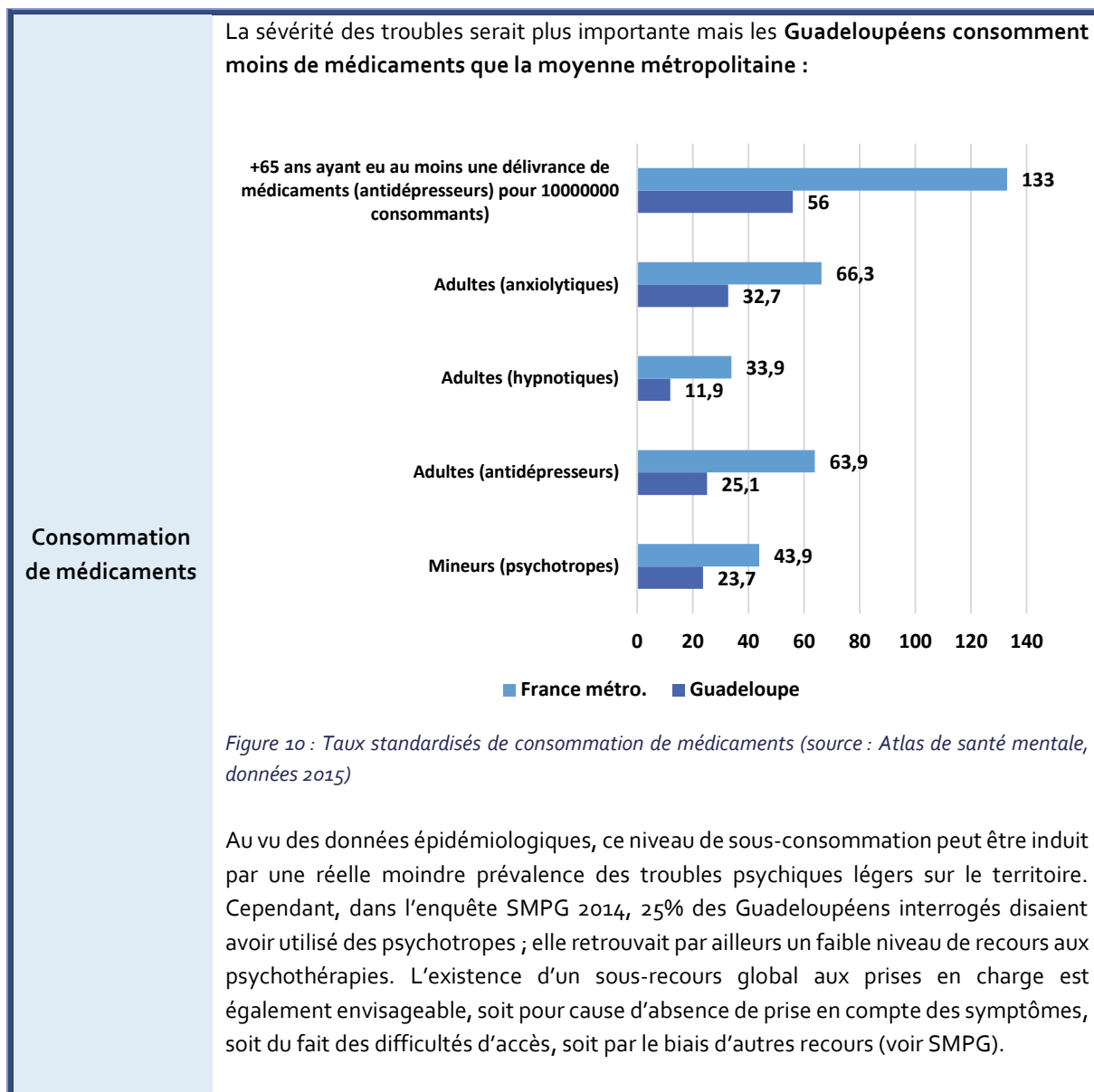


Figure 9 : Taux standardisés de mortalité par troubles mentaux, psychoses alcooliques et suicides pour 100 000 habitants (Source : scoresanté, données 2017)

Le degré de sévérité des troubles mentaux apparaît important

- Globalement, les troubles liés à la santé mentale n'apparaissent pas plus prévalents en Guadeloupe qu'en métropole en volume et ce malgré le niveau de précarité bien plus important sur l'île qu'en métropole ;
- En revanche, on peut observer un niveau de sévérité pour les personnes touchées sensiblement plus important ;
- Ces données déclarées ne répertorient cependant pas les patients non vus ou pris en charge.

3.1.3. Consommation de médicaments



3.2. Recours hospitalier

3.2.1. Synthèse du recours

Les tableaux précédents ont mis en évidence une consommation déclarée nettement plus faible de médicaments en Guadeloupe par rapport à la moyenne métropolitaine. Les taux de recours bruts aux soins psychiatriques sont également plus faibles, comme on peut le voir dans le tableau 5 :

		IJ / Journées Temps Complet	IJ / Journées Temps Partiel	IJ Actes	Adultes / Journées Temps Complet	Adultes / Journées Temps Partiel	Adultes Actes
France métro.	Volume	640 957	1 124 400	5 609 072	16 347 007	3 684 058	15 822 730
	Taux de recours (pour 1000 hab.)	46	80	399	324	73	314
Guadeloupe	Volume	2 085	3 764	17 291	60 231	12 410	65 280
	Taux de recours (pour 1000 hab.)	21	39	178	200	41	217

Tableau 5 : Comparaison des taux de recours en psychiatrie entre la Guadeloupe et la France métropolitaine (source : scansanté, données 2018)

Les taux de recours bruts aux soins psychiatriques (pour 10.000 bénéficiaires) sont plus ou moins élevés en Guadeloupe qu'en France selon la classe d'âge et le besoin, avec néanmoins un niveau de recours important des personnes âgées pour des troubles sévères, ce qui corrobore le constat réalisé sur les natures des troubles induisant l'entrée en ALD :

Soins hospitaliers

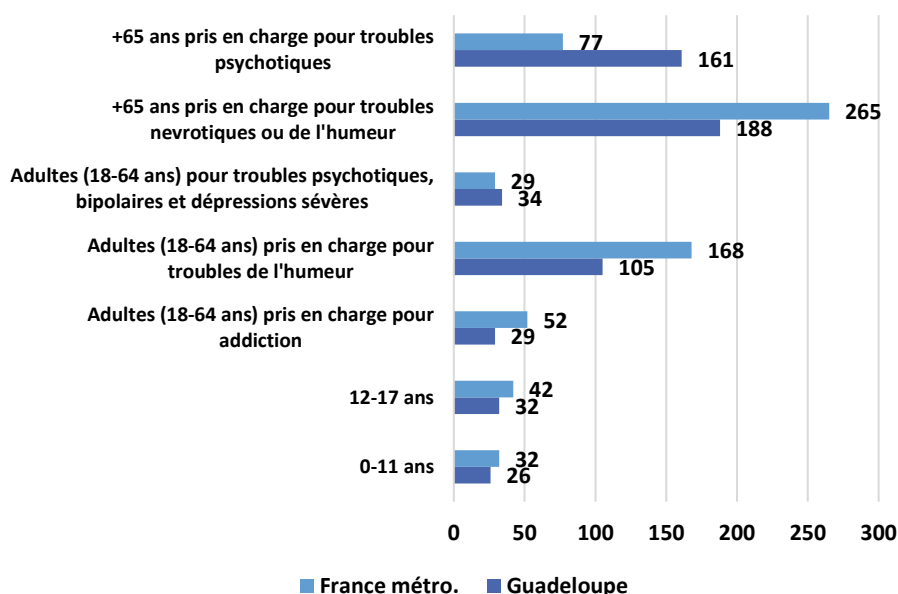


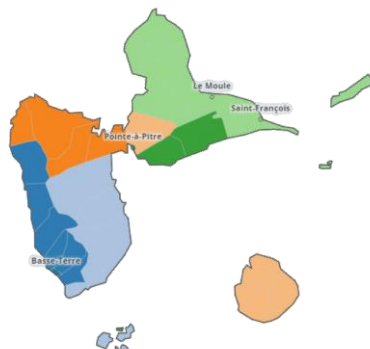
Figure 11 : Analyse comparée des taux de recours aux soins hospitaliers de santé mentale en volume de patients pour 10.000 assurés du RG et SLM (source : atlas de santé mentale 2015)

- Concernant **les troubles psychotiques**, nous notons que **le taux de recours est fortement plus important en Guadeloupe qu'en France métropolitaine**, avec 150 patients pour 10.000 habitants, soit près de 2 fois plus qu'en France. Ce constat est observable pour les Guadeloupéens de 18-64 ans qui sont hospitalisés à temps plein près de 20% plus pour ces troubles que la moyenne des Français et sont vus deux fois plus en ambulatoire. Ce constat concerne également les plus de 65 ans : le développement de dispositifs de prise en charge pour ces populations semble donc fondamental (équipe mobile de géro-psi-chiatrie par exemple) ;
- Le **sous-recours pour les pathologies plus légères** (troubles de l'humeur et addiction) est constaté en hospitalisation temps plein (5 fois moins de journées en hospitalisation temps plein pour les troubles de l'humeur par rapport à la moyenne nationale) et en ambulatoire (40% de consultations en moins pour les troubles de l'humeur).

3.2.2. Taux de recours des 0-17 ans par zone géographique

En comparaison avec la moyenne nationale de recours des 0-17 ans, le taux est 30% plus faible en hospitalisation temps complet qu'en France et similaire en ambulatoire.

Les recours pour 1000 habitants sont globalement plus élevés en hospitalisation temps plein pour la partie Grande-Terre, similaires pour le temps partiel, les taux de recours en ambulatoire sont en revanche plus importants sur le sud de Basse-Terre.



I01 : zone G03

Type d'activité	Vol. 2017	Tx recours/ 1k hab.
Actes ambu.	1655	88
Journées H temps plein	202	11
Journées H temps partiel	825	44

I02 : zone G06

Type d'activité	Vol. 2017	Tx recours/ 1k hab.
Actes ambu.	2793	154
Journées H temps plein	117	6
Journées H temps partiel	495	27

I01: zone G01

Type d'activité	Vol. 2017	Tx recours/ 1k hab.
Actes ambu.	4063	320
Journées H temps plein	91	7
Journées H temps partiel	738	58

I02 : zone G05

Type d'activité	Vol. 2017	Tx recours/ 1k hab.
Actes ambu.	2534	160
Journées H temps plein	520	33
Journées H temps partiel	696	44

I01 : zone G02

Type d'activité	Vol. 2017	Tx recours/ 1k hab.
Actes ambu.	4075	261
Journées H temps plein	180	12
Journées H temps partiel	814	52

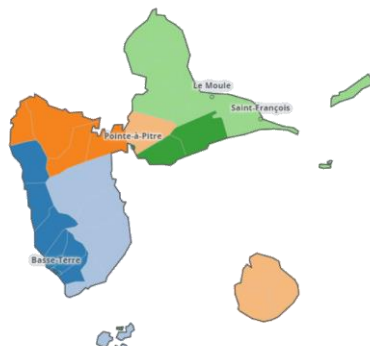
I02 : zone G04

Type d'activité	Vol. 2017	Tx recours/ 1k hab.
Actes ambu.	2655	163
Journées H temps plein	709	44
Journées H temps partiel	426	26

Tableau 6 : Taux de recours par type de prise en charge selon la provenance des patients infanto-juvéniles (source : scansanté 2017)

3.2.3. Taux de recours des adultes

Pour les adultes, on note que le taux de recours en ambulatoire dans le nord de Grande-Terre est plus faible que pour les autres secteurs (peut-être à cause des difficultés d'accès), et que les taux de recours en hospitalisation sont globalement similaires, à l'exception de la partie ouest de Basse-Terre, qui met en évidence un nombre de journées par habitant très important.



G03		
Type d'activité	Vol. 2017	Tx recours/ 1k hab.
Actes ambu.	13725	261
Journées H temps plein	11142	212
Journées H temps partiel	4208	80

G06		
Type d'activité	Vol. 2017	Tx recours/ 1k hab.
Actes ambu.	5 301	95
Journées H temps plein	9 175	164
Journées H temps partiel	1 444	26

G01		
Type d'activité	Vol. 2017	Tx recours/ 1k hab.
Actes ambu.	14536	342
Journées H temps plein	15369	362
Journées H temps partiel	2558	60

G05		
Type d'activité	Vol. 2017	Tx recours/ 1k hab.
Actes ambu.	10099	194
Journées H temps plein	8797	169
Journées H temps partiel	1648	32

G02		
Type d'activité	Vol. 2017	Tx recours/ 1k hab.
Actes ambu.	9903	207
Journées H temps plein	8160	171
Journées H temps partiel	1430	30

G04		
Type d'activité	Vol. 2017	Tx recours/ 1k hab.
Actes ambu.	10817	216
Journées H temps plein	9828	197
Journées H temps partiel	2430	49

Tableau 7 : Taux de recours par type de prise en charge selon la provenance des patients adultes (source : scansanté 2017)

3.2.4. Spécificités dans le recours aux soins hospitaliers

Recours aux soins sans consentement et mesures d'isolement/contention

Avec 182 patients en soins sans consentement, (sur 100.000 habitants de plus de 18 ans, hors UMD), on constate que les acteurs du système utilisent ce mode de recours aux soins deux fois plus qu'en France métropolitaine. Parmi ces recours, 84% sont réalisés à la demande d'un tiers (source : RIMP 2018).

De plus, 559 mesures d'isolement et 219 mesures de contention ont été décidées au cours de l'année 2018 (pour des durées maximales respectives de 152 et 9 jours).

Ces constats s'inscrivent dans les orientations de l'ARS qui a fait de la réduction des soins sans consentement et de la bientraitance un axe de travail de la feuille de route pour la santé mentale.

Parcours hospitaliers

Concernant les indicateurs de parcours, les taux de réhospitalisation à 15 et 30 jours sont inférieurs au niveau national :

- Réhospitalisation à 15 jours : -3,5 points pour les patients hospitalisés pour addiction, -1,5 point pour les patients hospitalisés pour troubles de l'humeur ;
- Réhospitalisation à 30 jours : -6 points pour les hospitalisations pour addiction, -5 points pour les hospitalisations pour troubles de l'humeur.

18 patients sont en hospitalisation longue de plus d'un an (données RIMP 2018 via scansanté).

Les parts des patients admis par les urgences sont en revanche fortement supérieures à celles du niveau national :

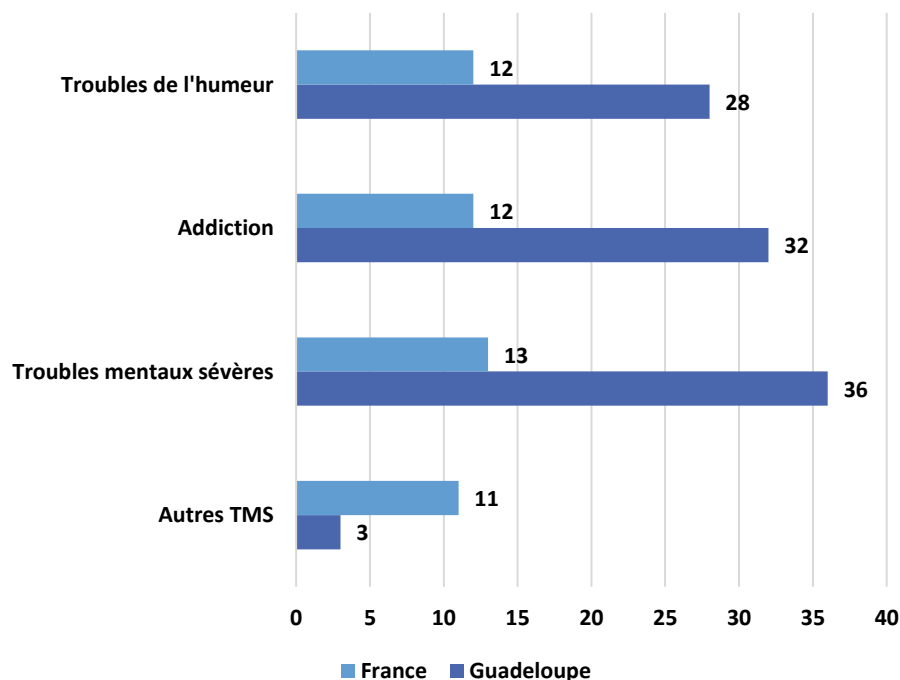


Figure 12 : Analyse comparée des parts de patients hospitalisés par pathologie passant par les urgences (source : atlas de santé mentale 2015)

3.2.5. Focus sur le recours des populations spécifiques

Concernant la consommation de soins hospitaliers pour les personnes âgées, le recours est globalement plus faible en Guadeloupe avec 159 personnes de plus de 65 ans pour 10.000 habitants contre 244 en France.

En revanche, les données montrent que le niveau de sévérité du recours est plus important en Guadeloupe qu'en France (part très importante des troubles psychotiques et part plus faible des troubles névrotiques ou de l'humeur).

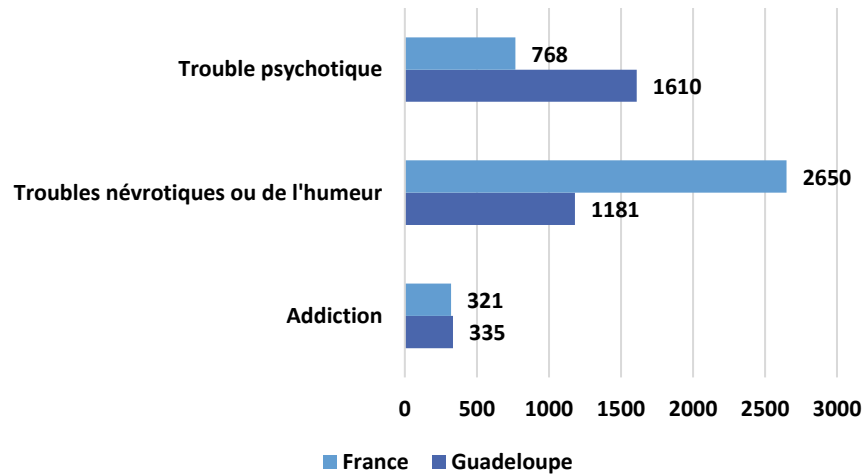


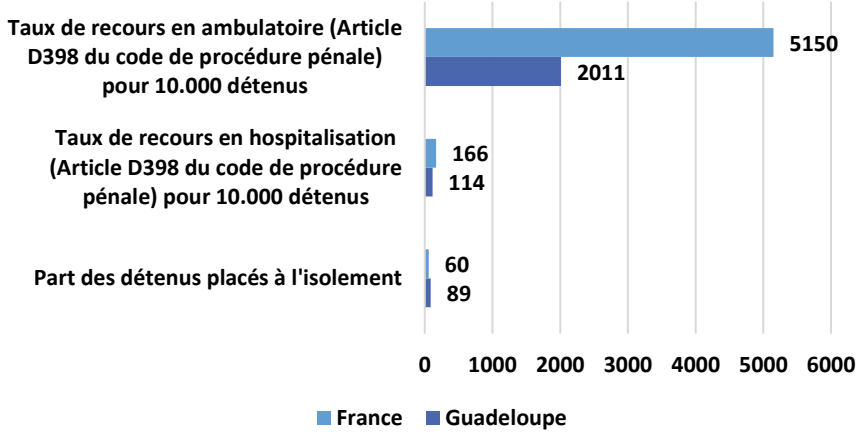
Figure 13 : Taux de recours en file active hospitalière pour 100.000 personnes de plus de 65 ans (source : CNAMT via Atlas de santé mentale, données 2015)

Taux de recours des personnes âgées

- Porté à 44%, le taux de recours à l'hospitalisation en psychiatrie pour les personnes âgées via les urgences est trois fois supérieur au niveau national ;
- Concernant l'ambulatoire, le recours est en revanche 40% inférieur pour les personnes âgées qu'en France ;
- Le taux de recours pour tentative de suicide est nettement plus faible.

Compte tenu du niveau de vieillissement attendu en Guadeloupe, la qualité de la réponse aux besoins des personnes âgées constitue un enjeu majeur du prochain PTSM. Au cours de leur diagnostic, les acteurs de la santé mentale en Guadeloupe ont identifié 11 problèmes qui se posent actuellement dans leurs territoires :

1. Les intervenants et les familles ont des **difficultés à repérer les signes précoces d'alerte des troubles psychiques** ;
2. Il y a des **difficultés à réaliser des diagnostics différentiels chez les personnes âgées** (manque de professionnels de santé, délais de rendez-vous trop longs, manque d'HdJ, refus de la personne d'aller en consultation) ;
3. Le **suivi médical est insuffisant** impliquant potentiellement non recours aux soins, non renouvellement d'ordonnances, etc. ;
4. **L'isolement de la personne âgée rend difficile son suivi notamment médico-social** pour les familles et pour elle-même ;
5. **Le niveau de formation et de mise à jour des professionnels n'est pas adapté aux besoins** : absence de repérage des besoins de formation par les instances de professionnels sur les thématiques de la santé mentale des personnes âgées, absence de réactualisation des connaissances, absence de transversalité des connaissances gériatrie/ psychiatrie, manque de moyens de certaines structures pour former en dehors des OPCO ;
6. **Les structures d'accueil ne sont pas adaptées pour les personnes âgées handicapées** : Il n'y a pas de prise en charge de la personne âgée avec troubles psychiques (pas d'UHR, d'UCC, de filière gériatrique et psychiatrique, etc.) ;

	<p>7. La coordination est insuffisante entre les professionnels, et le manque de connaissances des partenaires (notamment sanitaire et médicosocial) semble important ;</p> <p>8. Il y a un déficit de professionnels dédiés à la personne âgée avec un impact sur la qualité de l'accompagnement ;</p> <p>9. L'accompagnement des familles et des aidants n'est pas suffisant (manque de structures de répit, absence de sensibilisation et d'information des aidants/familles, absence de repérage des familles en difficulté, absence d'accompagnement psychologique des familles, etc.) ;</p> <p>10. La collaboration et la communication avec le mandataire judiciaire ne sont pas satisfaisantes. Notamment, le manque de réactivité des mandataires influe sur la prise en soin de la personne ;</p> <p>11. Les droits et libertés des personnes âgées handicapées ne sont pas toujours respectés.</p> <p>Sur la base de ce diagnostic, plusieurs fiches projets sur cette thématique ont été construites dans la feuille de route.</p>												
<p>Taux de recours des détenus</p>	<p>Globalement concernant les détenus, le recours est nettement plus faible en Guadeloupe qu'en France.</p>  <table border="1"> <caption>Data from Figure 14: Taux de recours en file active pour 10.000 personnes détenues</caption> <thead> <tr> <th>Metric</th> <th>France</th> <th>Guadeloupe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Taux de recours en ambulatoire (Article D398 du code de procédure pénale) pour 10.000 détenus</td> <td>5150</td> <td>2011</td> </tr> <tr> <td>Taux de recours en hospitalisation (Article D398 du code de procédure pénale) pour 10.000 détenus</td> <td>166</td> <td>114</td> </tr> <tr> <td>Part des détenus placés à l'isolement</td> <td>60</td> <td>89</td> </tr> </tbody> </table> <p>Figure 14 : Taux de recours en file active pour 10.000 personnes détenues (source : RIMP via Atlas de Santé mentale, données 2016)</p>	Metric	France	Guadeloupe	Taux de recours en ambulatoire (Article D398 du code de procédure pénale) pour 10.000 détenus	5150	2011	Taux de recours en hospitalisation (Article D398 du code de procédure pénale) pour 10.000 détenus	166	114	Part des détenus placés à l'isolement	60	89
Metric	France	Guadeloupe											
Taux de recours en ambulatoire (Article D398 du code de procédure pénale) pour 10.000 détenus	5150	2011											
Taux de recours en hospitalisation (Article D398 du code de procédure pénale) pour 10.000 détenus	166	114											
Part des détenus placés à l'isolement	60	89											
	<p>La question de la qualité de prise en charge des personnes sous main de justice (PPSMJ) s'est posée au cours du diagnostic produit par les groupes de travail. Quatre axes de réflexion ont été travaillés :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Concernant les compétences, les professionnels ont mis en évidence le défaut de formation des personnels de l'administration pénitentiaire et de la projection judiciaire de la jeunesse, ainsi que la difficulté du côté des acteurs sanitaires à identifier suffisamment d'interlocuteurs pour ces prises en charge ; → L'organisation semble également être déficitaire, avec un manque de partage entre tous les acteurs autant dans la dimension fonctionnelle que dans celle du partage des informations ; → L'offre de services est insuffisante, que ce soit les structures d'accueil (pour les mineurs notamment) ambulatoires ou d'hospitalisation, ou les équipes d'accompagnement pour les patients et leur famille ; → Les grandes difficultés à organiser l'insertion des PPSMJ dans la cité, notamment du fait d'un manque de logements adaptés à ce public. 												

Les recours aux soins sont globalement faibles

- Les taux de recours sont globalement plus bas que la référence nationale ;
- Pour atteindre le niveau d'activité métropolitain, il est possible de développer les activités ambulatoires (48k actes) et d'hospitalisation de jour (12k journées, avec diminution de la durée moyenne d'hospitalisation de 23%).

4. Profil et organisation de l'offre de prise en charge

4.1. Offre sanitaire et médico-sociale

4.1.1. Offre de soins médicale libérale

Globalement, la démographie médicale en Guadeloupe est plutôt défavorable par rapport à la moyenne française pour les médecins généralistes, et s'avère très défavorable par rapport au niveau métropolitain pour les psychiatres :

- La densité de généralistes libéraux en Guadeloupe est de 78 praticiens pour 1000 habitants, mais dont 52% ont plus de 55 ans (pour les praticiens en exercice libéral ou mixte) ;
- La densité de psychiatres libéraux est 5 fois inférieure au niveau métropolitain (même niveau pour les pédopsychiatres). De plus, la part de ces praticiens âgés de plus de 55 ans est de 53%, ce qui constitue un risque pour les ressources à l'avenir.

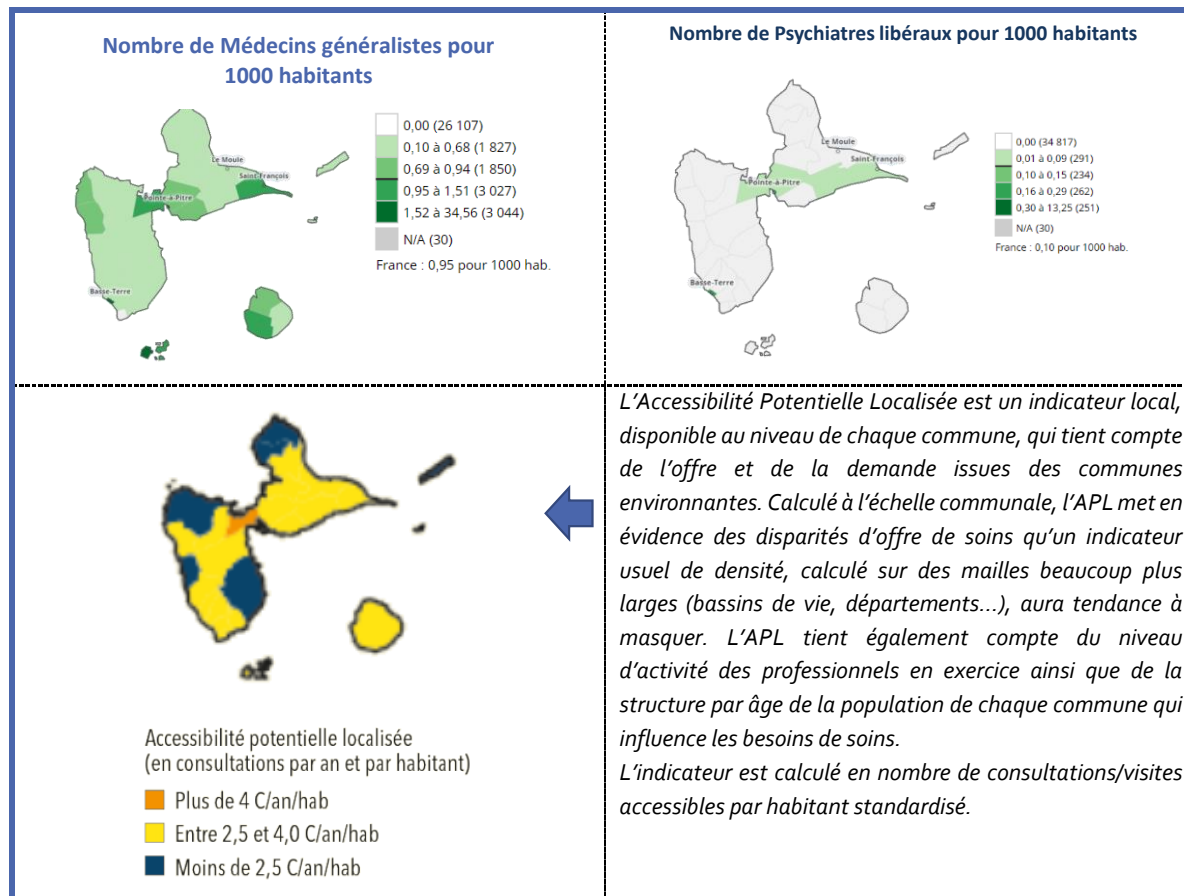


Tableau 8 : Volumes et densités de praticiens libéraux en Guadeloupe (source : DREES 2020, INSEE 2017)

4.1.2. Offre de soins paramédicale libérale

A l'inverse des médecins, la répartition des IDE libéraux met en évidence une densité relativement importante dans le Go6 et sur la côte sous-le-vent. Les densités en orthophonistes et psychomotriciens libéraux sont en revanche relativement faibles.

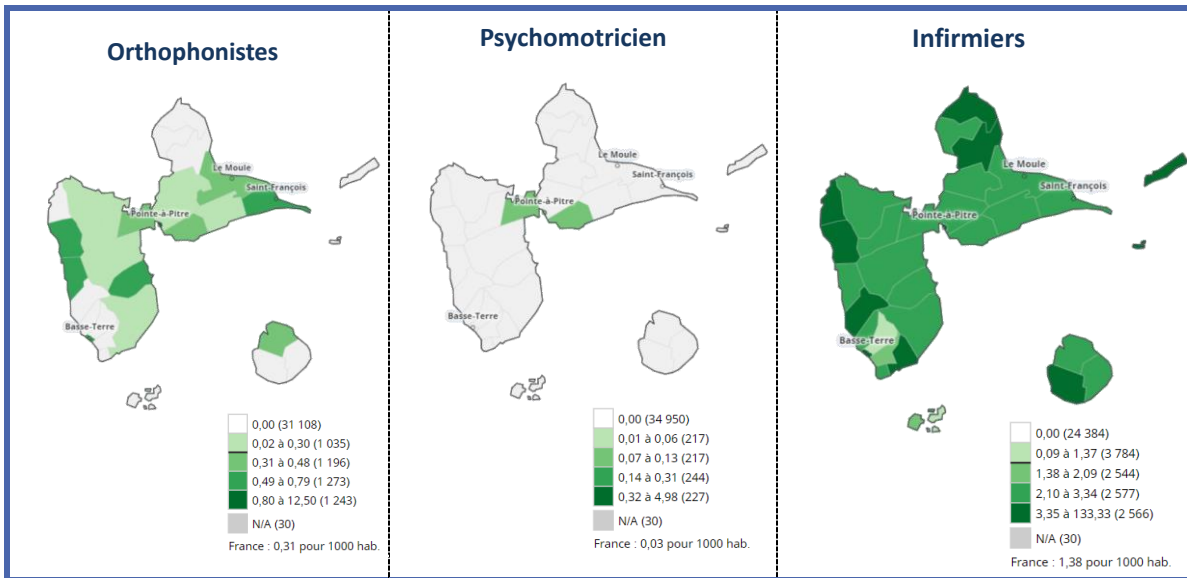
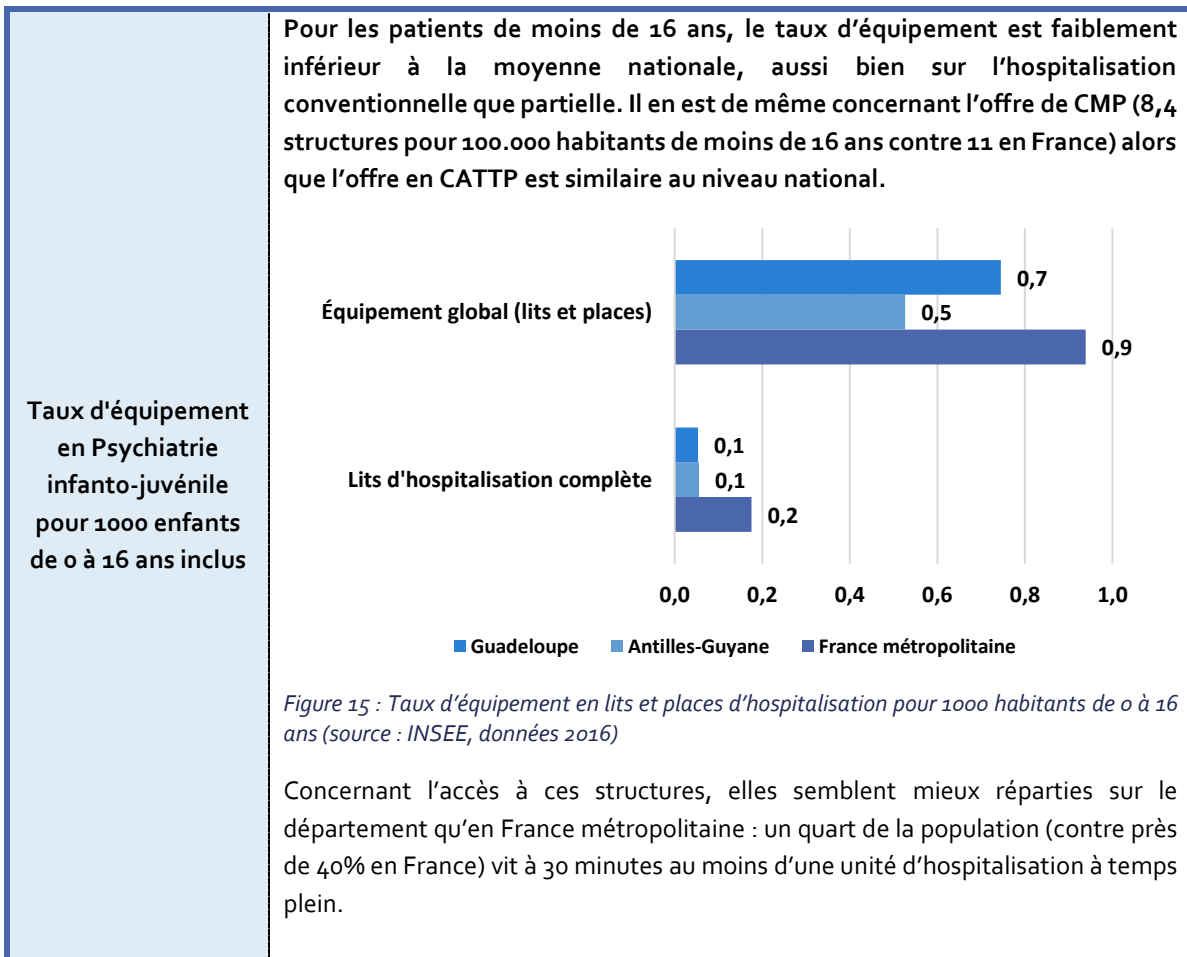


Tableau 9 : Cartographie de l'offre paramédicale libérale en Guadeloupe (source : INSEE 2016 via Géoclip)

4.1.3. Offre de soins hospitalière en psychiatrie

4.1.3.1. Capacitaire en hospitalisation et accès à l'offre



Taux d'équipement en Psychiatrie générale pour 1 000 habitants de plus de 16 ans

Pour les adultes, les taux d'équipement sont similaires à la moyenne nationale. Concernant l'offre ambulatoire, la densité de CMP est inférieure au niveau national (8,4 pour 100.000 habitants de 0 à 16 ans). Celle de CATTP est similaire au niveau national (5,2 pour 100.000 habitants de 0 à 16 ans).

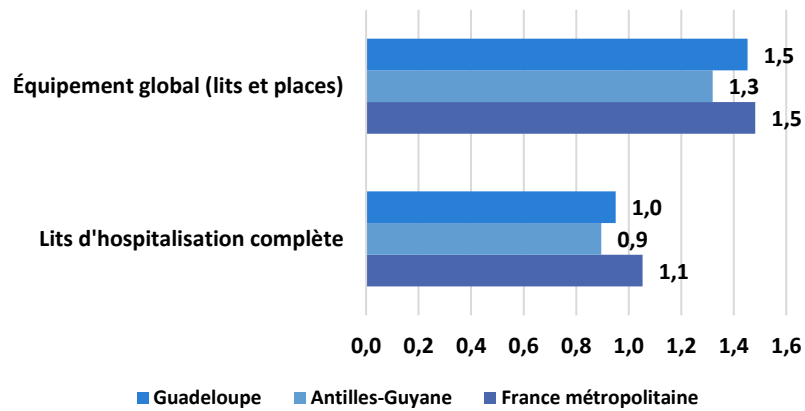


Tableau 10 : Taux d'équipement en lits et places d'hospitalisation pour 1000 habitants de plus de 16 ans (source : INSEE, données 2016)

La répartition de l'offre hospitalière permet d'offrir un accès *a priori* favorable à l'offre ambulatoire avec seulement 6,3% de la population de plus de 16 ans résidant à plus de 45 min d'une unité d'hospitalisation temps plein contre plus de 16% au niveau national (source : atlas de santé mentale).

4.1.3.2. Capacitaire en personnel hospitalier

Personnel hospitalier dans les services adultes

Il apparaît d'après les données quantitatives que le niveau des personnels médical et paramédical est similaire au niveau national. En 2019, ce constat est relativisé par la réalité des recrutements médicaux, très difficiles en Guadeloupe.

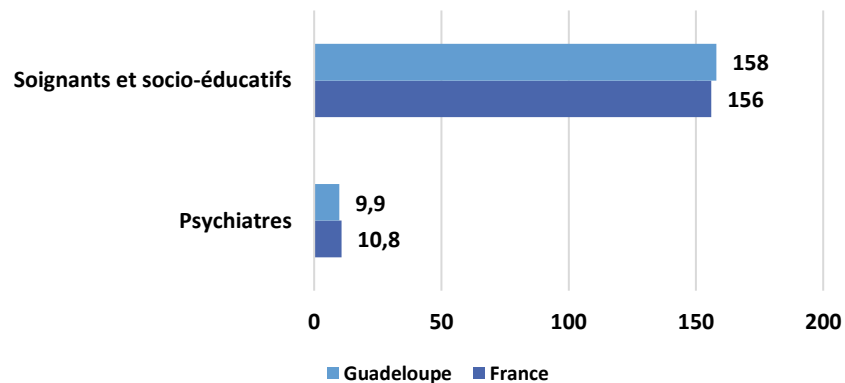


Figure 16 : Taux d'équipement en ETP de personnel hospitalier dans les ESPIC et l'EPSM pour 100.000 personnes de plus de 16 ans (source : atlas de santé mentale, données 2016)

Personnel hospitalier dans les services infanto-juvéniles

De la même manière que pour les adultes, le taux d'équipement en personnel paramédical est globalement similaire au niveau national. L'équipement en médecins est globalement plus faible (données 2016).

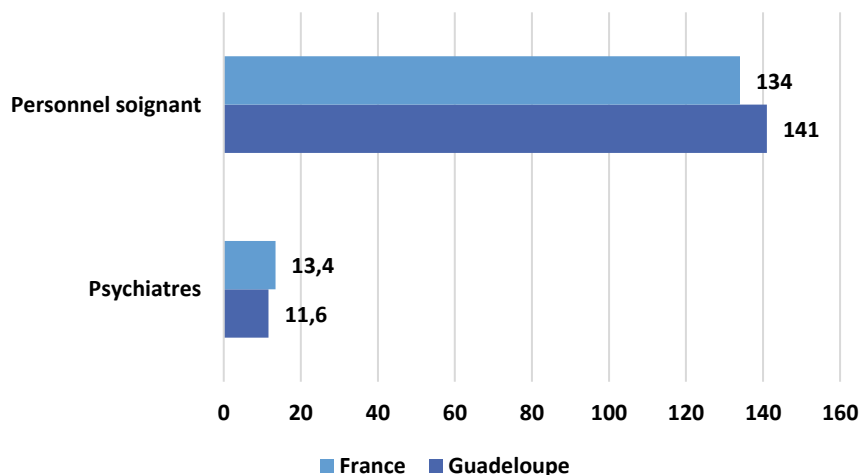


Figure 17 : Taux d'équipement en ETP de personnel hospitalier dans les ESPIC et l'EPSM pour 100.000 personnes de moins de 16 ans (source : atlas de santé mentale, données 2016)

4.1.4. Offre médico-sociale et sociale pour l'accueil du handicap

L'enjeu de la recherche d'adéquation entre lits de sanitaire et places en médico-social constitue un élément potentiellement structurant de l'évolution de l'offre de prise en charge en santé mentale dans la région.

Accueil des enfants et adolescents

Le taux d'équipement pour l'accueil des enfants et adolescents handicapés est sensiblement inférieur à la moyenne métropolitaine pour les ITEP mais très au-dessus de la moyenne nationale pour les SESSAD et les IME.

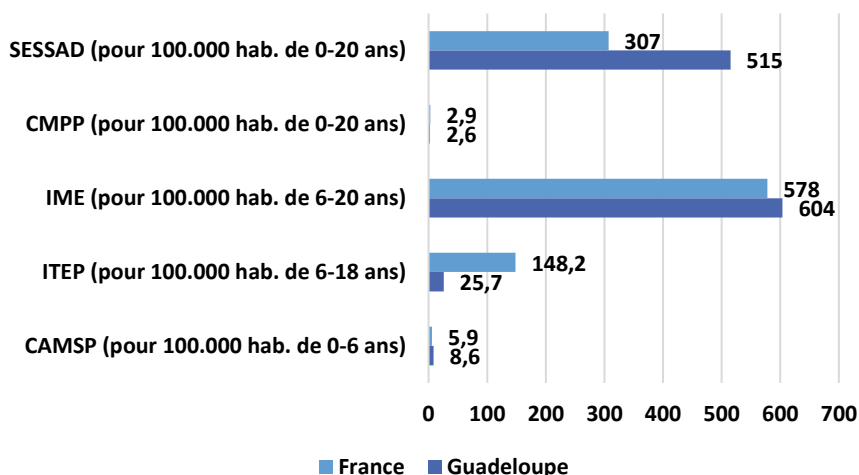


Figure 18 : Taux d'équipement pour l'accueil des enfants et adolescents handicapés (Source : DREES STATISS 2017)

A l'exception des MAS, les taux d'équipement en Guadeloupe sont inférieurs aux moyennes régionale et nationale :

- Places d'accueil spécialisé (type MAS) : Le taux d'équipement est similaire à la France métropolitaine ;
- Places d'accueil médicalisé (type FAM) : 4 fois moins de places par rapport à la France métropolitaine soit 136 places ;
- Foyers de vie : -66% par rapport à la France soit un déficit de 80 places ;
- ESAT : -30% par rapport à la France, soit un déficit de 213 places ;

Accueil des adultes handicapés

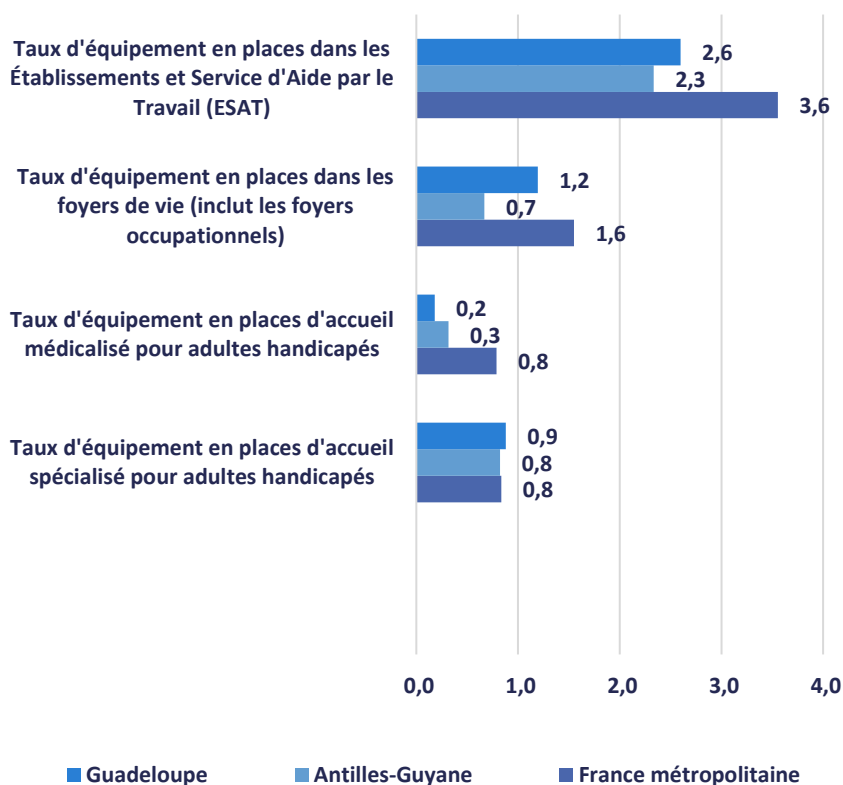


Figure 19 : Taux d'équipement pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (source : DREES STATISS 2016)

Constats concernant les dispositifs d'accueil

Concernant le secteur médico-social : les professionnels ont fait le constat du manque de structures médico-sociales spécialisées type FAM, ITEP, SAMSAH, constat partagé lors des groupes de travail. A cela s'ajoute une méconnaissance des structures existantes et de leurs spécificités (profils de patients accueillis, nombre de places, etc.) qui se traduit par des transitions parfois insuffisamment préparées entre équipes en charge de enfants et des adultes handicapés. Ces éléments amènent à des ruptures de parcours de prise en charge / parcours de vie.

Concernant les intervenants de l'accès et du maintien dans l'emploi : les professionnels mobilisés sur les travaux du PTSM font part d'une méconnaissance des dispositifs d'accès et d'accompagnement à l'emploi. Par ailleurs, les patients psychiatriques restent trop souvent stigmatisés ce qui ne facilite pas la réhabilitation. **A ce titre, les professionnels ont mis en avant le déficit global de structures participant au travail de réhabilitation sur le territoire.**

Concernant l'éducation : l'éducation et le système éducatif ne permettent pas l'épanouissement de l'enfant et de l'adulte et ne favorisent donc pas une meilleure santé mentale (système éducatif rigide, manque d'espace d'élaboration de la pensée critique, fort taux d'illettrisme, manque de formation des AVS, etc.).

Accueil des personnes âgées

L'offre médico-sociale pour l'accueil des personnes âgées en Guadeloupe présente de profondes différences par rapport aux moyennes régionale et nationale :

- D'un côté pour les EHPAD, le taux d'équipement guadeloupéen est trois fois moindre par rapport au taux de la France métropolitaine ;
- De l'autre, pour les structures d'hébergement non EHPAD, le taux d'équipement est 2,5 fois moins important qu'en métropole ;
- Les services de soins infirmiers à domicile sont en revanche dotés comme en métropole, en cohérence avec le niveau d'équipement des infirmiers libéraux, favorable en Guadeloupe.

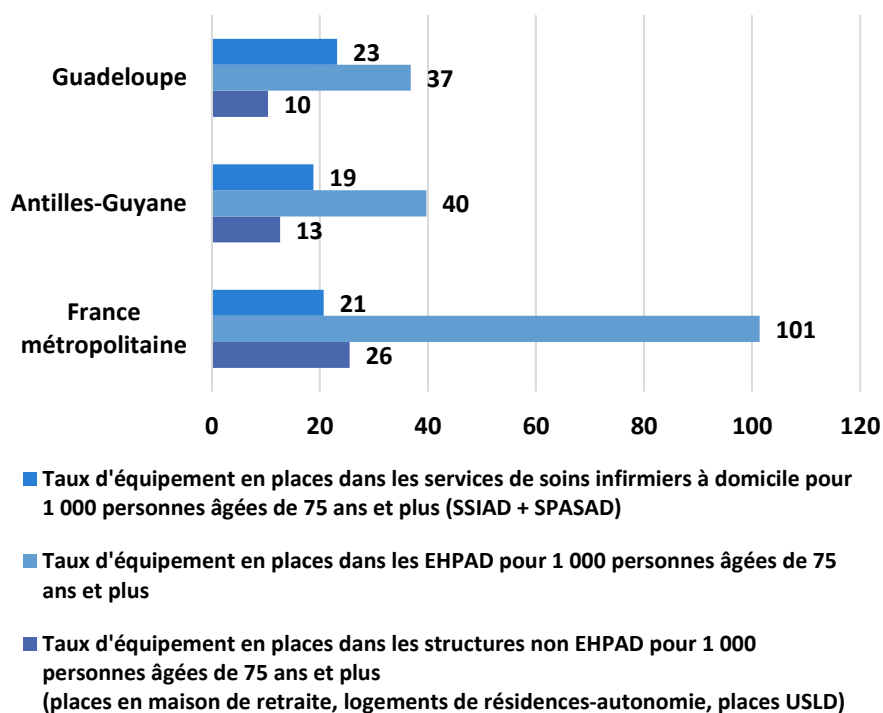


Figure 20 : Taux d'équipement pour 1000 habitants de 75 ans et plus (source : DREES STATISS 2019, données 2015)

Concernant les équipements, une réflexion globale sur la distribution des lits et places sanitaires et médico-sociales semble opportune

- L'offre médicale va avoir tendance à se raréfier d'ici 10 ans, ce qui n'est pas observé chez les paramédicaux ;
- Parallèlement, l'offre hospitalière apparaît correctement dotée, même si le niveau d'équipement en lits d'hospitalisation infanto-juvénile est sensiblement plus faible qu'en métropole (ce sujet pouvant poser problème du fait de la localisation des lits à Saint-Claude pour les patients de Grande-Terre) ;
- Concernant le niveau d'équipement médico-social, il est légèrement plus faible qu'en métropole à l'exception des EHPAD, pour lesquels la Guadeloupe apparaît nettement sous-dotée.

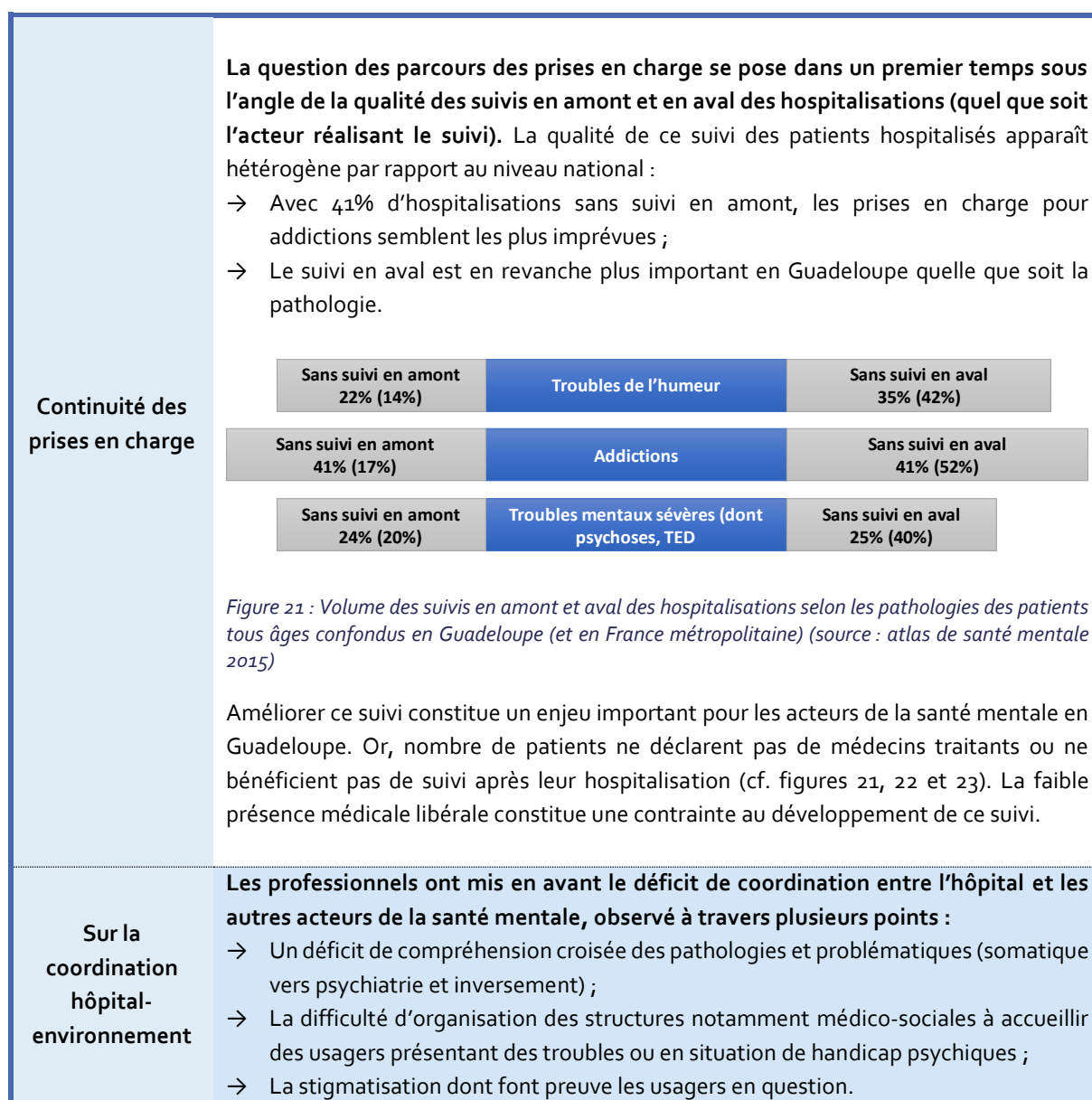
4.2. L'organisation des filières au sein du territoire

4.2.1. Filière adolescents

La prise en charge des adolescents constitue un sujet national. En particulier, les modalités d'hospitalisation de ce public souvent à la limite des prises en charge adultes peuvent difficilement être définies de manière ferme.

En lien avec les problématiques sociologiques de la Guadeloupe, la question se pose également de savoir dans quelle mesure l'identification précoce des troubles psychiques est réalisée. Or, **on observe que la part des admissions par les urgences en psychiatrie pour les 0-17 ans est de 32% en Guadeloupe, contre 7% en France (source : Atlas de santé mentale, données 2015)**. Ce phénomène met probablement en évidence un déficit dans le suivi à tous les niveaux, et notamment au niveau de la cellule familiale.

4.2.2. Articulation ville-hôpital



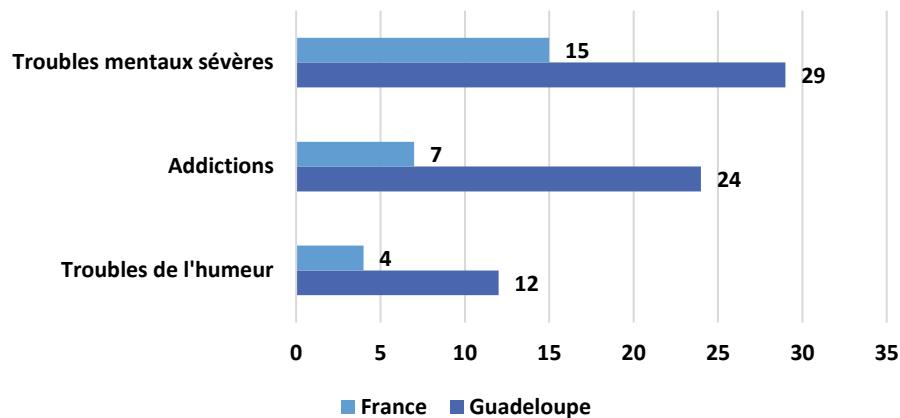


Figure 22 : Parts des patients hospitalisés à temps plein n'ayant pas déclaré de médecin traitant tous âges confondus (Source : données SNIIRAM 2012-2013 via Atlas de santé mentale)

Suivi en ville

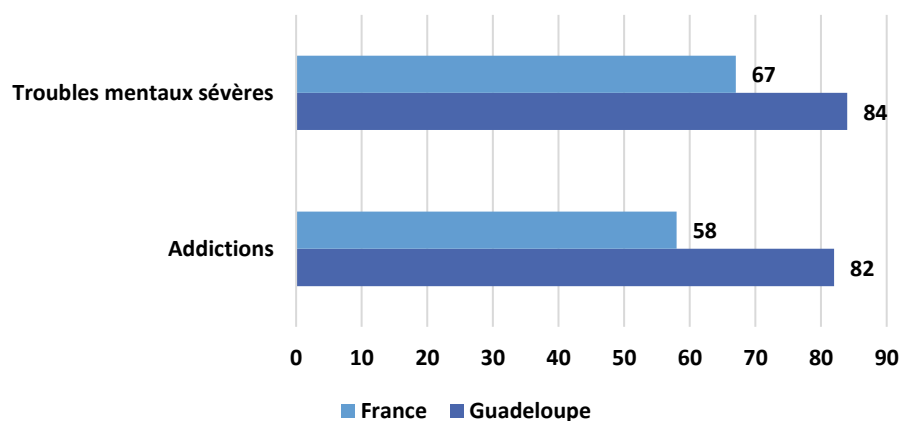
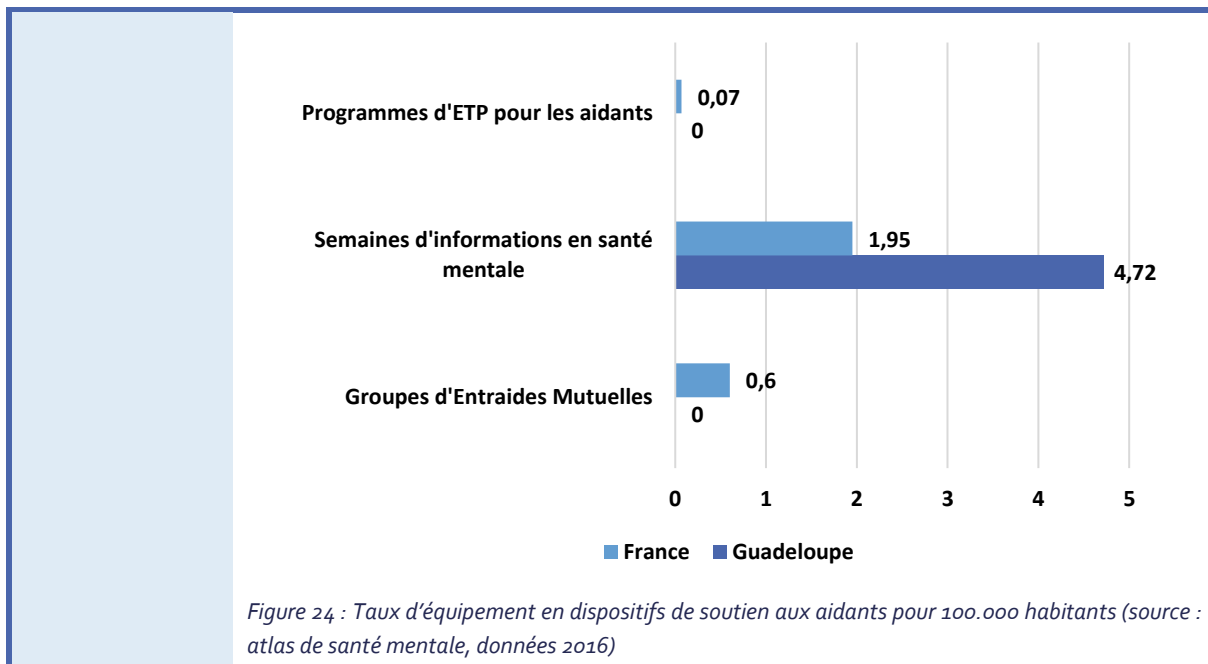


Figure 23 : Parts des patients hospitalisés à temps plein sans contact avec un médecin traitant deux mois après la sortie tous âges confondus (Source : données SNIIRAM 2012-2013 via Atlas de santé mentale)

Dispositifs au soutien des aidants

La Guadeloupe est dotée de plusieurs dispositifs permettant d'aider les accompagnants dans la prise en charge des membres de leur famille souffrant de troubles psychiques. Ces dispositifs sont d'autant plus importants que la prévalence des pathologies en question est importante en Guadeloupe, et que ce phénomène est couplé à une sous-dotatation en places d'accueil médico-social. Le rôle des aidants est donc prépondérant dans le territoire, impliquant nécessairement un besoin de soutien et de connaissances de la part des institutions participant à la prise en charge de la santé mentale.



4.2.3. Concernant les suicides et tentatives de suicide

Concernant les risques suicidaires, les données montrent globalement une sous-représentation par rapport au niveau moyen français. Cependant, l'enquête SMPG recense un taux de 9% d'adultes présentant des idées suicidaires. Plusieurs problèmes ont été mis en avant par les professionnels :

- Les conduites à tenir ne sont pas systématiquement connues des acteurs de la prise en charge et les protocoles ne sont également pas toujours bien formalisés ;
- De nombreux patients finissent perdus de vue, notamment du fait des difficultés de coordination des différentes institutions et d'absence d'une unité spécifique à la prise en charge des tentatives de suicide ;
- Dans le cas des usagers passant par les urgences, les difficultés à assurer une psychiatrie de liaison suffisante posent problème ;
- Il manque un point d'écoute départemental, à l'image de ce qui se fait en Martinique.

4.2.4. Addictologie

Peu de données sont disponibles pour décrire le niveau de prévalence des addictions, en dehors de l'enquête SMPG 2014 qui rapporte un taux de 7% dans la population de personnes présentant des problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues, identique au taux retrouvé dans l'ensemble du territoire français. Néanmoins, les professionnels ont mis en évidence leurs grandes difficultés à prendre en charge les personnes souffrant de ce type de troubles. On note dans un premier temps un sentiment d'impuissance des professionnels pour toucher les personnes souffrant d'addictions et de troubles psychiques afin de les amener à recourir aux soins.

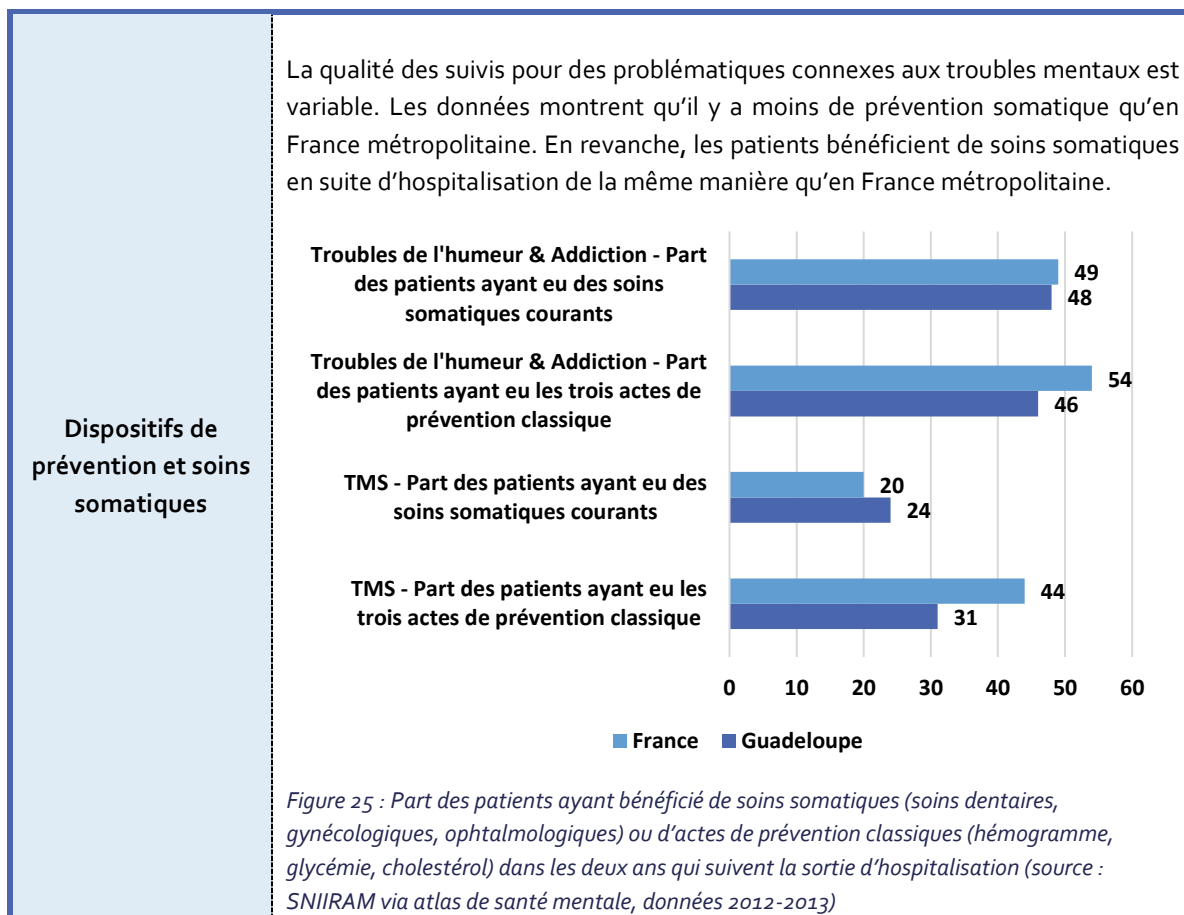
Ensuite, certains publics spécifiques sont également très difficiles à toucher (personnes en errance, personnes en situation d'handicap, personne âgées, personnes en situation irrégulière, sans domicile fixe, jeunes mères, etc.) impliquant des évaluations tardives, des ruptures dans les prises en charge et globalement une perte d'efficacité dans l'accompagnement et la réinsertion.

Des constats ont également été partagés quant au dispositif existant et notamment :

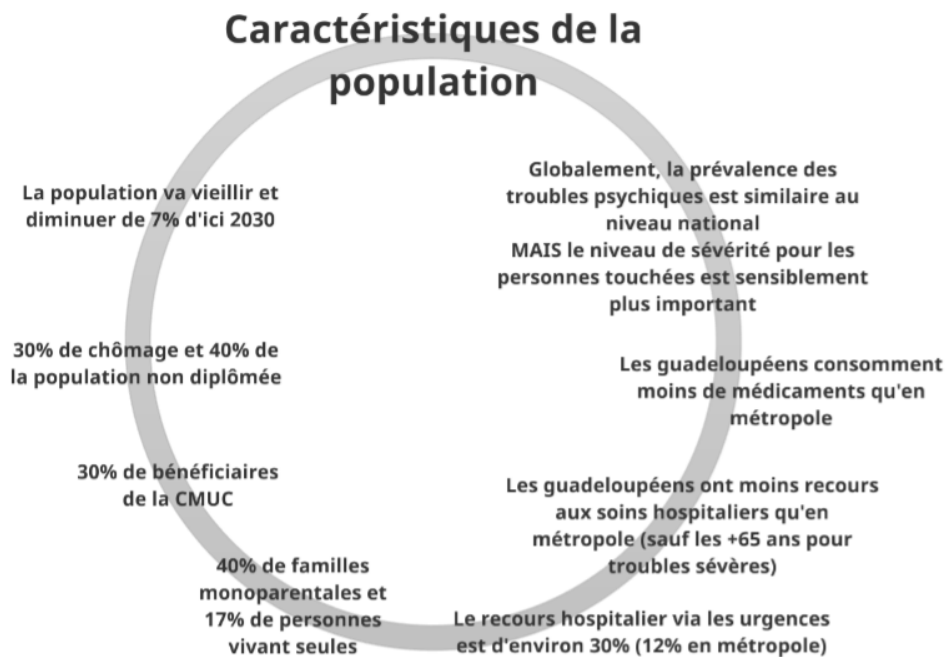
- L'existence d'une offre en hospitalisation conventionnelle qui s'est réorganisée (HC, HdJ), mais qui reste insuffisante au regard des besoins ;
- Une offre d'hébergements et de logements adaptés en nombre insuffisant et parfois méconnue des acteurs de l'accompagnement ;
- Une offre de consultations avancées par les CSAPA qui fonctionne bien ;

- Une articulation psychiatrie – service d’addictologie à renforcer (créer une interface, augmenter les fréquences de passages de l’IDE du CSAPA) ;
- Des CJC qui peinent à couvrir tout le territoire ;
- Des partenariats de la santé mentale avec le milieu scolaire, le SPIP, la PMI, le CAMSP, les CHRS, la Croix Rouge et les médiateurs (collectivités territoriales, bailleurs sociaux, associations, etc.) qui existent et sont perçus positivement.

4.2.5. Prévention et soins somatiques



5. Synthèse du DTPSM



PARTIE 3 - LES ENJEUX DU PTSM ET SA FEUILLE DE ROUTE

1. Les enjeux issus du DTPSM dans le cadre des objectifs nationaux

L'analyse du DTPSM a permis de mettre en évidence un certain nombre d'enjeux s'inscrivant dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

1.1. Promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide

Par le dépistage des signes précoces des troubles mentaux dès le plus jeune âge et tout au long de la vie

- Comment diminuer le retard dans la prise en charge des adolescents et jeunes adultes ?
- Comment éviter le « tout urgences » ?
- Comment gérer la crise ? Quel dispositif pour le post-urgences ?

Par la réduction de la stigmatisation de la maladie mentale

- Comment faire reculer le renoncement aux soins ?
- Quel rôle pour les acteurs éducatifs du territoire dans la prévention ?
- Comment promouvoir la santé mentale positive ?

Par l'anticipation du vieillissement de la population

- Comment repérer les troubles du neuro-développement le plus précocement possible ?
- Quelles collaborations entre les acteurs pour prévenir l'évolution chronique ?
- Comment mieux mobiliser les processus de socialisation et de sociabilité pour diminuer l'impact de la maladie mentale ?

1.2. Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité

Par l'amélioration de l'organisation de l'hôpital

- Comment développer des modalités de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète ?
- Comment développer des formules d'accompagnement à domicile ?
- Comment parvenir à être plus inclusifs dans les prises en charge et les accompagnements ?

Par un meilleur accès aux soins somatiques

- Comment le patient peut-il s'approprier sa prise en charge somatique, qu'il soit à l'hôpital, en établissement, ou à domicile ?
- Comment apporter une prise en charge des troubles psychiques chez les patients porteurs de maladies chroniques ?
- Comment assurer le dépistage des maladies graves chez le patient non communiquant ou délirant ?
- Comment articuler les soins somatiques hospitaliers et les soins somatiques de ville ?

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

Par une meilleure coopération entre l'hôpital et les autres acteurs du parcours de vie des usagers

- Comment mieux formaliser l'accès aux accompagnements médico-sociaux, dans un contexte de contraintes sur le nombre de places ?

Par l'accompagnement des usagers souffrant de troubles mentaux dans leurs parcours de vie

- Comment éviter la rupture dans la prise en charge ?
- Comment améliorer le passage des prises en charge de l'enfant à l'adulte et de l'adulte à la personne vieillissante ?
- Quelles pistes de solution pour les cas complexes ?
- Comment éviter l'enfermement des personnes ayant un handicap psychique dans le secteur protégé ?

2. La feuille de route du PTSM

2.1. Rappel des objectifs stratégiques du PRS

Dans le sens des axes stratégiques rappelés en début de document, un certain nombre d'objectifs stratégiques cadrent les travaux pour le PTSM :

1. Développer une offre pour tous tournée vers la prévention et la promotion de la santé ;
2. Favoriser une offre de santé soutenant les soins de proximité pour réduire les inégalités d'accès ;
3. Renforcer la performance du système de santé et les innovations en vue de garantir la qualité, la sécurité des soins et l'efficacité des prises en charge ;
4. Assurer la structuration des parcours de santé prioritaires ;
5. Créer les conditions d'un environnement favorable à la santé et améliorer la veille et la gestion des crises et des catastrophes sanitaires ;
6. Assurer le développement d'une culture de dialogue citoyen pour renforcer la démocratie en santé et accompagner l'engagement des habitants en faveur de leur santé ;
7. Renforcer la coopération régionale caribéenne.

2.2. Les objectifs opérationnels

Pour traiter les enjeux précédents, les professionnels de Guadeloupe ont identifié cinq axes opérationnels qui vont structurer leur action au cours des cinq prochaines années :

1. **Formation et interconnaissance** (61 micro actions)
2. **Evaluation de situations** (27 micro actions)
3. **Réorganisation et adaptation des structures** (81 micro actions)
4. **Evolution de l'offre** (70 micro actions)
5. **Concertation/ Partage d'information/ Mixité des accompagnements** (45 micro actions)

Au total, ce sont 284 micro-actions qui sont prévues dans le cadre de ce projet, réparties en 22 fiches-actions, dont certaines feront l'objet d'un appel à projet. Les opérateurs qui répondront seront soumis à la contractualisation dans le cadre d'un contrat territorial de santé mentale avec l'Agence Régionale de Santé, conformément aux dispositions de l'article L3221-2 du Code de la santé publique.

Ces contrats seront pilotés par l'ARS en lien avec les **Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)**. Les CLSM participent à l'élaboration du DTSM, à sa validation, à sa mise en œuvre et à son évaluation. Ils répondent ainsi aux attentes des populations de leur territoire avec pour mission de :

- Participer à la semaine d'information à la santé mentale ;
- Poursuivre et renforcer la sensibilisation des différents acteurs aux problématiques du handicap psychique ;
- Faire part de l'expertise à d'autres collectivités pour essaimer des CLMS sur le territoire ;
- Contribuer à l'élaboration du cahier des charges de la formation croisée au regard de l'expérience acquise ;
- Mettre en place la commission des situations complexes.

PARTIE 4 - LES ACTIONS DU PTSM

Les priorités 2020-2021

Il a été retenu vingt-deux actions structurantes pour le parcours patient et répondant aux axes de la feuille de route. Les autres actions feront l'objet d'une mise en œuvre après consultation du COPIL qui se réunit une fois par an pour évaluer la réalisation et l'atteinte des objectifs.

Action 1.	Créer des équipes mobiles adolescentes	49
Action 2.	Créer une nouvelle MDA	51
Action 3.	Accompagner le développement des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)	54
Action 4.	Accompagner l'élaboration d'une formation et de stages croisés pour les différents acteurs qui contribuent au parcours du patient en santé mentale	56
Action 5.	Créer des équipes mobiles gérontopsychiatriques	58
Action 6.	Former les équipes de prévention spécialisée à la pratique du repérage des situations de vulnérabilité	61
Action 7.	Former les personnels pénitentiaires au dépistage des troubles et fragilités psychiques (exemple du risque suicidaire)	64
Action 8.	Accompagner l'élaboration d'une application pour le repérage des signes précurseurs	67
Action 9.	Renforcer la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiques	70
Action 10.	Compléter et renforcer l'offre de prise en charge des adolescents suite à l'évaluation des équipes mobiles	74
Action 11.	Initier un appel à candidature pour IDE en pratique avancée en santé mentale	76
Action 12.	Ouvrir un dialogue avec la CGSS sur l'expérimentation du paiement à l'acte des psychologues libéraux	79
Action 13.	Associer l'EPSM aux opérateurs qui concourent à l'élaboration d'un projet d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle	81
Action 14.	Développer les consultations avancées en psychiatrie et en addictologie sur l'ensemble du territoire, au plus près des usagers, y compris dans les îles du Sud	84
Action 15.	Renforcer le repérage des troubles autistiques	86
Action 16.	Initier l'organisation des universités en santé mentale	87
Action 17.	Renforcer et pérenniser l'organisation de la Semaine d'Information en Santé Mentale (SISM)	90
Action 18.	Renforcer la réhabilitation psychosociale à l'échelle du territoire	92
Action 19.	Aider à la création de GEM sur les territoires isolés	94
Action 20.	Initier une rencontre avec différents partenaires pour la construction d'un DU santé mentale/pairs aidants	96
Action 21.	Initier une rencontre avec différents partenaires pour la construction d'un Master en santé mentale pour les infirmiers à pratique avancée	98
Action 22.	Encourager le partenariat avec les bailleurs sociaux pour améliorer l'accès au logement des personnes souffrant de troubles psychiques	100

Action 1. Créer des équipes mobiles adolescentes

Axe n°2

GARANTIR DES PARCOURS
DE SOINS COORDONNES
ET SOUTENUS PAR UNE
OFFRE EN PSYCHIATRIE
ACCESSIBLE, DIVERSIFIEE
ET DE QUALITE

Coordinateurs

EPSM de Guadeloupe

Partenaires

Les services hospitaliers de pédiatrie et d'urgences ;
Les collèges et lycées publiques ou privés ;
Les points d'accueil et d'écoute jeunes, la MDA ;
Les foyers (Maisons d'enfants à Caractère Social, ITEP) ;
Les professionnels libéraux (médecins généralistes ou autres) ;
CLSM

Diagnostic / Problématique

Définition / Constats

En lien avec les travaux de la fiche action 2 sur l'ouverture d'une nouvelle MDA, les dispositifs de repérage et de prise en charge des adolescents ont pour vocation à être développés dans le cadre du PTSM. Le rôle d'une équipe mobile pour les adolescents serait d'améliorer l'identification des adolescents au plus près de leurs lieux de vie (collège, domicile) et de se coordonner avec les CMPI pour assurer une prise en charge hors les murs autant que possible. Les interventions précoces d'un dispositif de soins permettent, dès la survenue de la crise, de réduire la gravité des troubles qui augmentent au fur et à mesure du temps. Les adolescents n'étant pas systématiquement moteurs dans leurs parcours de soins, les objectifs d'une équipe mobile sont de répondre le plus rapidement possible (dans les 24h au mieux) à la crise. Elles ont généralement pour vocation à être interpellées pour les 12-18 ans (18.600 personnes sur Grande-Terre, 17.500 sur Basse-Terre) par :

- Les services hospitaliers de pédiatrie et d'urgences ;
- Les collèges et lycées publiques ou privés ;
- Les points d'accueil et d'écoute jeunes, la MDA ;
- Les foyers (Maisons d'enfants à Caractère Social, ITEP) ;
- Les professionnels libéraux (médecins généralistes ou autres).

	<p>Dans le processus, ces partenaires signalent les situations de ces adolescents qui ne consultent pas spontanément. Les modalités de mobilisation doivent être construites et validées à travers des conventionnements qui précisent les engagements réciproques.</p> <p>La composition des équipes mobiles doit être conçue en fonction des besoins et de la population desservie. La pluridisciplinarité reste néanmoins fondamentale : au mieux elle dispose de temps médical, psychologue, infirmier et assistant social.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> → Définir les missions d'équipes mobiles dédiées à la prise en charge des adolescents (périmètre géographique, dimensionnement, etc.) en Grande-Terre, en Basse-Terre et à Saint-Martin → Mobiliser ces équipes mobiles
Indicateurs de suivi de l'objectif	<ul style="list-style-type: none"> → Nombre d'adolescents en rupture de soins au cours d'une année ; → Nombre d'interventions réalisées chaque année ; → Nombre d'interventions réalisées en 24h après la demande ; → Nombre de demandes de consultations en CMP via l'équipe mobile.

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Construire le cahier des charges l'équipe mobile adolescents	Composition de l'équipe, définition des modalités d'intervention, organisation des liens avec la MDA	
Dimensionner les équipes et leur périmètre d'action		
Déployer l'équipe mobile adolescents	Mobilisation successive de 3 équipes (Grande-Terre, Basse-Terre par EPSM, Saint-Martin)	
Evaluer le fonctionnement des équipes mobiles adolescents		

Action 2. Créer une nouvelle MDA

<p>Axe n°1 PROMOUVOIR LE BIEN-ETRE MENTAL, PREVENIR ET REPERER PRECOCEMENT LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET PREVENIR LE SUICIDE</p>	<p>Coordinateurs</p>	<p>Partenaires</p>
	<p>ARS</p>	

Diagnostic / Problématique

<p>Définition / Constats</p>	<p>L'accompagnement des adolescents constitue un enjeu majeur des prises en charge sur l'ensemble du territoire français. Particulièrement en Guadeloupe, il apparaît dans un premier temps que la psychologie de l'adolescent et les spécificités de son mode de fonctionnement ne sont pas systématiquement connues et comprises par les acteurs de sa prise en charge. Dans un second temps, la capacité du repérage des troubles chez cette population est rendue difficile par le défaut de scolarisation et les difficultés à maintenir une continuité dans la prise en charge par les CMP (non présentation aux rendez-vous, rupture de soins sans suivi, etc.).</p> <p>Ce problème est complexifié par l'auto-stigmatisation dont font preuve les adolescents souffrant de ce type de pathologies, ce qui ne les incite pas à s'engager dans une démarche de soins. Actuellement, le dispositif de maison des adolescents apparaît satisfaisant sur le territoire, permettant de garder les adolescents dans une démarche d'accompagnement. En revanche, le positionnement de la MDA (sur la commune de Baie Mahault), même si elle est centrale, ne permet pas de toucher toute la population potentiellement concernée. C'est pour cette raison que l'ouverture d'une nouvelle MDA est souhaitée dans le cadre de ce projet. Pour rappel, la définition d'une Maison des Adolescents, selon le cahier des charges, actualisé en 2016 et annexé à la lettre circulaire du 28 novembre 2016, vise à remplir les objectifs généraux suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apporter des réponses pertinentes et adaptées aux besoins des adolescents, notamment en ce qui concerne leur santé et leur bien-être, en articulation et en complémentarité avec les dispositifs existant sur le territoire ; • Offrir un accueil généraliste en continu (sans rupture) et ouvert à tous les jeunes par des professionnels des domaines sanitaire, médico-social, social, éducatif ou judiciaire intervenant dans le champ de l'adolescence ; • Offrir une prise en charge multidisciplinaire généralement de courte durée ;
-------------------------------------	--

- Fournir aux adolescents un soutien, un accompagnement et les informations nécessaires au développement de leur parcours de vie ;
- Développer la prévention et promouvoir des modes de vie impactant favorablement la santé et le bien être ;
- Contribuer au repérage des situations à risques (violences, usage de substances psychoactives et pratiques addictives, comportements sexuels à risques, etc.) et prévenir la dégradation de situations individuelles (échec scolaire, déscolarisation, radicalisation, etc.) ;
- Garantir la continuité et la cohérence des prises en charge et des accompagnements, en contribuant à la coordination des parcours de santé ;
- Favoriser l'élaboration d'une culture commune sur l'adolescence, le décloisonnement des différents secteurs d'intervention et les pratiques coordonnées sur un territoire ;
- Contribuer au renforcement d'une médecine de l'adolescence.

Les objectifs opérationnels d'une MDA sont les suivants :

- Offrir aux adolescents, notamment ceux qui sont en rupture et/ou ont tendance à rester en dehors des circuits plus traditionnels, un espace d'accueil neutre, ouvert et non stigmatisant, conforme à la temporalité de l'adolescent, et une prise en charge médico-psychologique et somatique, mais aussi juridique, éducative et sociale, généralement de courte durée ;
- Accueillir, conseiller, orienter les jeunes et leur famille, faciliter leur accès aux services dont ils ont besoin ;
- Favoriser la mise en réseau des acteurs territoriaux intervenant auprès des adolescents et la mise en œuvre d'accompagnements et de prises en charge collectives ou individuelles, globales, pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles (médicales, psychologiques, sociales, éducatives, médico-sociales, voire judiciaires) en vue de la santé et du bien-être des jeunes ;
- Coordonner le suivi des prises en charge multidisciplinaires conjointes ;
- Organiser et fournir une expertise pluridisciplinaire sur des situations individuelles afin de définir une stratégie de prise en charge et d'accompagnement ;
- Développer des dispositifs innovants et/ou expérimentaux, de nature à adapter l'offre de la Maison des adolescents aux évolutions des problématiques de santé des adolescents, du département de la Guadeloupe, des partenariats, des ressources professionnelles, etc. ;
- Développer ou participer à des actions de promotion de la santé en direction des adolescents eux-mêmes, mais aussi des professionnels en lien avec l'adolescence ;
- Participer à des projets de recherche pluridisciplinaires sur l'adolescence.

Sur la base de ce cahier des charges, le rôle d'une MDA dépasse la notion stricte d'accueil et de coordination. Elle constitue un acteur important du suivi et de la prise en charge précoce de cette population d'où la nécessité d'en renforcer les moyens. Potentiellement, le lieu de la MDA peut servir à concentrer les moyens dédiés à l'accompagnement de cette population. Par exemple, les dispositifs pour « aller

	<p>vers » ces adolescents ne sont pas suffisamment développés. C'est la raison pour laquelle une équipe mobile spécifique pour cette population fait également partie des objectifs du PTSM.</p> <p>Particulièrement en Guadeloupe, la MDA doit jouer un rôle dans la prévention sur les multiples risques qui peuvent toucher les adolescents (drogues, parentalité et place du père, sensibilisation à la vie affective et sexuelle, etc.) mais également dans l'accompagnement des familles en difficulté. Pour les acteurs, ces structures ont pour vocation à être positionnées comme structure d'accompagnement pivot pour le public des adolescents. Les objectifs de cette fiche s'inscrivent donc dans la perspective du développement d'un accueil plus adapté et d'un meilleur suivi des adolescents en amont, pendant et en aval de leur prise en charge.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> → Identifier précisément les conditions de développement d'une nouvelle MDA ; → Ouvrir cette nouvelle MDA d'ici la fin du PTSM ; → Développer des supports d'informations spécifiques pour les adolescents sur les dispositifs et missions existants, notamment sur les risques précoces de troubles psychiques ;
Indicateurs de suivi de l'objectif	<ul style="list-style-type: none"> → Nombre de jeunes accompagnés au sein des MDA ; → Nombre d'adolescents en rupture de soins au cours d'une année ; → Nombre de formations et événements en lien avec la promotion de la santé, réalisés au sein de la MDA ; → Nombre de demandes de consultations en CMP via la maison des adolescents.

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Construire le cahier des charges pour la nouvelle MDA de Guadeloupe	ARS	2020 T1
Lancer l'appel à candidatures	ARS	2020 T2
Sélectionner le coordinateur de l'ouverture de cette MDA		2020 T2
Adapter la MDA aux nouveaux besoins en centralisant les dispositifs de repérage, diagnostic et prise en charge des adolescents	Envisager des antennes territoriales, informer autour du dispositif « promeneur du net »	2020 T3
Mettre en place des dispositifs de coordination avec les autres acteurs de la santé mentale sur le territoire	CLSM ; CPTS	2020 T3

Action 3. Accompagner le développement des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)

<p>Axe n°1 PROMOUVOIR LE BIEN-ETRE MENTAL, PREVENIR ET REPERER PRECOCEMENT LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET PREVENIR LE SUICIDE</p>	<p>Coordinateurs</p> <p>ARS</p>	<p>Partenaires</p> <p>L'EPSM de Guadeloupe ELUS USAGERS ET FAMILLES</p>
--	--	--

Diagnostic / Problématique

<p>Définition / Constats</p>	<p>Comme dans de nombreux territoires en France, la Guadeloupe est marquée par un besoin fort de développement de coopération et de décloisonnement entre les différentes structures et institutions qui participent aux prises en charge en lien avec santé mentale. Les CLSM ont été imaginés pour favoriser ce développement. Dans son cahier pour la construction d'un CLSM (https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-11/CLSM-Cahier-des-charges.pdf), l'ARS Île de France a posé un certain nombre de principes et d'objectifs pour ces conseils, que nous rappelons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Le Conseil Local de Santé Mentale est une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, le secteur psychiatrique, les professionnels de santé, les acteurs sociaux et médico-sociaux, les usagers, les aidants et tous les acteurs locaux concernés (bailleurs, éducation, justice, police, etc.) : • Il a pour mission de favoriser le décloisonnement de la santé mentale et des politiques publiques menées au niveau local ; • Il mène son action sur un territoire de proximité, infra-communal, communal, ou intercommunal qui doit être pertinent pour les acteurs locaux. <p>Les objectifs d'un CLSM sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser un diagnostic local de la situation en santé mentale (déjà partiellement réalisé dans le cadre du PTSM) ; • Développer l'éducation et la promotion en santé mentale ; • Permettre l'égal accès à la prévention et aux soins ainsi que la continuité de ceux-ci ; • Favoriser l'inclusion sociale, l'accès à la citoyenneté et l'autonomie des usagers ; • Contribuer à la déstigmatisation des personnes concernées par les troubles psychiques.
-------------------------------------	---

	<p>Sur la base de ces éléments, la gouvernance du CLSM implique nécessairement un comité de pilotage composé de plusieurs personnalités représentantes des secteurs social, médico-social et sanitaire, de l'ARS et des usagers. Les actions portées par le CLSM s'inscrivent nécessairement dans le cadre d'un contrat local de santé, signé avec l'ARS. De même, leurs actions doivent être fortement articulées avec les outils mis en place dans le cadre de la politique de la ville (Contrats de ville, Ateliers santé ville-ASV, etc.).</p> <p>Dans le cadre de ses activités, le CLSM a pour mission d'organiser la communication autour des différents dispositifs de promotion de la santé mentale sur le territoire.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> → Améliorer la connaissance entre acteurs de la santé, du médico-social et du social en contact avec des situations psychosociales complexes ; → Mettre en place des actions coordonnées pour l'amélioration globale de la santé mentale.
Indicateurs de suivi de l'objectif	<ul style="list-style-type: none"> → Nombre de CLSM → Nombre de communes et EPCI couverts par des CLSM → Nombre de secteurs engagés dans les CLSM → Nombre de dispositifs organisés chaque année par les CLSM

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Elaborer une stratégie globale de communication et d'information en santé mentale, en précisant la place des CLSM dans ce dispositif	Identifier les groupes de personnes participants et constituer un groupe de travail ; Mobiliser un coordonnateur régional des CLSM	T4-2020
Evaluer les besoins spécifiques d'accompagnement et d'appui de chaque CLSM	Construire une grille de recueil pour la définition des besoins dans chaque territoire ; recruter un coordonnateur de CLSM pour chaque EPCI	T4-2020
Apporter des réponses aux besoins identifiés ci-dessus	Réunir des assemblées régionales des CLSM ; mettre en place des groupes de travail pour chaque problématique repérée, tenant compte des priorités identifiées	T1-2021
Formaliser le pilotage des CLSM et en produire un bilan annuel	Suivi des indicateurs, production des tableaux de bord, etc.	

Action 4. Accompagner l'élaboration d'une formation et de stages croisés pour les différents acteurs qui contribuent au parcours du patient en santé mentale

Axe n°2 GARANTIR DES PARCOURS DE SOINS COORDONNES ET SOUTENUS PAR UNE OFFRE EN PSYCHIATRIE ACCESSIBLE, DIVERSIFIEE ET DE QUALITE	Coordinateurs	Partenaires
	ARS IREPS	EPSM de Guadeloupe IFSI de Guadeloupe ? Université des Antilles ? CLSM

Diagnostic / Problématique

Définition / Constats	<p>Même si de nombreuses actions de formation existent, l'état des lieux réalisé par les groupes de travail sur les 10 thématiques retenues a mis en évidence une formation parfois insuffisante des professionnels des champs sanitaire, social et médico-social sur les spécificités de la pathologie psychiatrique, sur le repérage des troubles, etc.</p> <p>Il existe parfois également un manque d'articulation entre professionnels des différents champs (sanitaire, social et médico-social) qui se traduit par des difficultés de relais entre professionnels/structures avec un risque pour assurer une continuité dans la prise en charge et éviter les ruptures de parcours de soins/vie.</p> <p>Il paraît indispensable dans le cadre du PTSM de construire une vision partagée entre professionnels et entre institutions autour des personnes souffrant de pathologies psychiatriques et de leur prise en charge.</p> <p>Pour ce faire, en complément des formations spécifiques à chaque institution, les acteurs ont proposé le développement de formations communes pour que l'acquisition et le développement de compétences individuelles s'accompagnent d'un échange entre professionnels de différentes institutions afin d'améliorer la connaissance réciproque et de permettre une acculturation interinstitutionnelle.</p> <p>Il est aussi proposé de mettre en place des stages croisés, permettant à un professionnel en formation de réaliser des stages au sein de plusieurs institutions.</p>
------------------------------	--

Objectifs	<p>Les objectifs opérationnels sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Lister les besoins en formation des acteurs et les faire remonter systématiquement par les responsables formation aux instances ; → Proposer des formations adaptées pluridisciplinaires et des mises à jour sur le territoire, y compris pour les paramédicaux et les psychologues et veiller à la pertinence du choix des formateurs (manque de vécu de certains formateurs) ; → Financer la mise en place de formations transversales ou mutualiser les moyens ; → Inclure dans le plan sectoriel les formations à mutualiser dans le secteur de la psychiatrie ; → Inciter à des formations croisées ; → Formaliser l'évaluation des formations par l'élaboration d'outils adaptés (impact de la formation sur la structure et sur les pratiques).
Indicateurs de suivi de l'objectif	<ul style="list-style-type: none"> → Nombre de formations interinstitutionnelles proposées/réalisées → Nombre de professionnels mobilisés (intervenants) pour des formations interinstitutionnelles → Nombre de stagiaires → Nombre et type d'institutions mobilisées dans les stages croisés

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Constituer un groupe de travail dédié	Quelle composition ? Quel pilotage ?	T1 2020
Lister les stages et métiers qui pourraient être concernés	Avec les IFSI	T2-T3 2020
Lister les besoins en formation des acteurs		T2-T3 2020
Proposer des formations adaptées en interinstitutionnel		T2-T3 2021
Ajuster les plans de formation des différentes institutions		T2-T3 2021
Evaluer les retours des participants et des intervenants		T3-T4 2021
Evaluer les retours des stagiaires et des encadrants		T3-T4 2021

Action 5. Créer des équipes mobiles gérontopsychiatriques

Axe n°2 GARANTIR DES PARCOURS DE SOINS COORDONNES ET SOUTENUS PAR UNE OFFRE EN PSYCHIATRIE ACCESSIBLE, DIVERSIFIEE ET DE QUALITE	Coordinateurs EPSM de Guadeloupe	Partenaires EHPAD du territoire MAIA GHT de la Guadeloupe CLSM

Diagnostic / Problématique

Définition / Constats	<p>La personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap, quelle qu'en soit la nature ou la cause, avant de connaître avec l'âge les effets du vieillissement. Ces effets consistent, plus ou moins tardivement en fonction des personnes, en l'apparition simultanée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles déjà altérées du fait du handicap ; • D'une augmentation du taux de survenue des maladies liées à l'âge, maladies dégénératives et maladies métaboliques, pouvant aggraver les altérations de fonction déjà présentes ou en occasionner de nouvelles ; • Ces effets s'accompagnent d'une évolution de leurs attentes dans le cadre d'une nouvelle étape de vie, sachant que les modalités d'expression de ces attentes sont très variables en fonction des personnes et de la situation de handicap dans laquelle elles se trouvent. <p>Par ailleurs, le vieillissement voit l'apparition de troubles tardifs (troubles de l'humeur, délires, etc), pouvant se conjuguer jusqu'à entraîner une réduction du champ des activités notamment sociales, que cette réduction soit d'origine personnelle (capacitaire ou liée à une modification des attentes) ou environnementale (liée aux possibilités offertes par l'environnement et ses éventuelles évolutions).</p> <p>Cette définition impose une prise en compte du vieillissement comme phénomène individuel, influencé par l'histoire et l'environnement de la personne, se traduisant en termes de perte d'autonomie (Cf. Rapport sur le vieillissement des personnes handicapées mentales sous la direction de Gérard ZRIBI).</p>
------------------------------	--

	<p>En Guadeloupe, la situation des personnes vieillissantes est spécifique par rapport à la métropole. On note un très faible nombre de places d'hébergement pour les personnes âgées, qui restent proportionnellement plus à domicile que dans d'autres territoires de France. Ce phénomène est à mettre en parallèle avec le niveau de sévérité des pathologies de la personne vieillissante qui, une fois hospitalisée, souffre de troubles psychiques en moyenne plus sévères qu'en France métropolitaine.</p> <p>Dans ce cadre, les objectifs d'une équipe mobile de gériopsychiatrie sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation des situations au domicile particulièrement pour le risque suicidaire ; • Le travail en lien avec le réseau gérontologique existant et les différents professionnels ; • La visite à domicile avec le médecin psychiatre si besoin et l'éventuelle préconisation d'un traitement ; • Le maintien et soutien de la personne âgée à son domicile, l'écoute, l'accompagnement ; • Le soutien aux aidants ; • La formation, le conseil, le partage de connaissances avec les équipes. <p>Dans le cadre de ce projet qui s'inscrit dans les objectifs du projet médical partagé du GHT, cette équipe mobile gériatrique pluriprofessionnelle (gériatre, psychiatre, psychologue, professionnels médico sociaux, IDE de pratique avancée) doit pouvoir desservir autant le domicile que les EHPAD. Les questions du dimensionnement de cette équipe et de son périmètre d'intervention ont été posées au cours des réunions des groupes de travail.</p>
<p>Objectifs</p>	<p>→ Définir les missions d'équipes mobiles de gériopsychiatrie (périmètre géographique : au moins une en Grande-Terre et une en Basse-Terre, dimensionnement, etc.) ainsi que le porteur de cette équipe ;</p> <p>→ Ouvrir ces équipes mobiles d'ici la fin du PTSM.</p>
<p>Indicateurs de suivi de l'objectif</p>	<p>→ Nombre de visites pour des patients inconnus de la psychiatrie ;</p> <p>→ Nombre de visites réalisées chaque année ;</p> <p>→ Nombre d'hospitalisations réalisées via l'équipe mobile.</p>

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Construire le cahier des charges pour la mise en place d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie	Validation de la composition de l'équipe Faut-il une équipe mobile unique gériatrique/généraliste ou une équipe spécialisée ? Une équipe sur chaque île	2020 T1
Lancer l'appel à candidatures		
Sélectionner le coordinateur pour le pilotage de l'équipe mobile	Coordination avec la filière gériatrique du GHT Guadeloupe	2020
Articuler le fonctionnement de l'équipe mobile de gérontopsychiatrie avec les autres acteurs du territoire		

Action 6. Former les équipes de prévention spécialisée à la pratique du repérage des situations de vulnérabilité

<p>Axe n°1 PROMOUVOIR LE BIEN-ETRE MENTAL, PREVENIR ET REPERER PRECOCEMENT LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET PREVENIR LE SUICIDE</p>	<p>Coordinateurs</p>	<p>Partenaires</p>
	<p>ARS</p>	<p>EPSM de Guadeloupe CLSM USAGERS FAMILLES ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO SOCIAUX</p>

Diagnostic / Problématique

<p>Définition / Constats</p>	<p>L'EPSM, les établissements sociaux et médico-sociaux assurent des prises en charge conjointes de patients/résidents, qu'il s'agisse d'enfants, d'adolescents, d'adultes ou de personnes âgées. Il s'agit de favoriser des actions de formations communes entre les trois champs du sanitaire, social et du médico-social afin de favoriser une meilleure prise en charge des usagers. La problématique consiste également à améliorer le repérage des troubles par l'entourage de la personne, par les aidants, les professionnels du social et médico-social.</p> <p>Il s'agit de déceler les signes précurseurs qui aident à demander une évaluation ou à orienter vers l'interlocuteur adapté :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perturbation des gestes de la vie quotidienne et au travail ; • Repli sur soi et rupture des contacts, isolement ; • Situation conflictuelle dans le milieu de vie (récurrente) ; • Dégradation des soins corporels, négligence vestimentaire ; • Agressivité verbale ou physique (irritabilité, susceptibilité) ; • Insomnie depuis plusieurs jours.
-------------------------------------	--

	<p>Ces signes précurseurs sont insuffisamment partagés et connus au sein de la communauté des professionnels prenant en charge des personnes en situations de vulnérabilité psychique.</p> <p>Il s'agit donc aussi pour les professionnels du territoire de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluidifier les échanges d'informations entre les secteurs pour améliorer la coordination du parcours et la prise en charge de l'utilisateur ; • Fluidifier les parcours des usagers et de leurs aidants ; • Favoriser et rendre plus sereins les échanges d'informations entre les acteurs ; • Contribuer à la déstigmatisation des personnes concernées par les troubles psychiques.
<p>Objectifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Favoriser la montée en compétences des professionnels pour articuler les prises en charge entre le champ sanitaire, social et médico-social sur 2 niveaux : la sensibilisation et la formation au repérage des situations de vulnérabilité ; → Augmenter l'acculturation entre les différents champs (sanitaire / médico-social / social) en conformité avec les bonnes pratiques professionnelles et dans le respect des identités professionnelles ; → Mettre en place des actions coordonnées pour l'amélioration globale de la santé mentale et des connaissances ; → Développer des formations croisées entre professionnels et institutions.
<p>Indicateurs de suivi de l'objectif</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Nombre de formations mises en place et proposées aux professionnels

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Créer un groupe pilote pluridisciplinaire et interinstitutionnel sur ce sujet		T1 2020
Identifier les principales problématiques, obstacles dans les échanges d'informations entre les différents acteurs		T2 2020
Concevoir les programmes de formation		T3-T4 2020
Réaliser les premières formations-tests		T1-T2 2021
Evaluer les retours des premières sessions		T2 2021
Mettre en place une veille réglementaire et une gestion documentaire interinstitutionnelle		T1 2020

Action 7. Former les personnels pénitentiaires au dépistage des troubles et fragilités psychiques (exemple du risque suicidaire)

<p>Axe n°1 PROMOUVOIR LE BIEN-ETRE MENTAL, PREVENIR ET REPERER PRECOCEMENT LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET PREVENIR LE SUICIDE</p>	<p>Coordinateurs</p>	<p>Partenaires</p>
	<p>ARS</p>	<p>EPSM de Guadeloupe Service pénitentiaire d'insertion et de probation de la Guadeloupe</p>

Diagnostic / Problématique

<p>Définition / Constats</p>	<p>L'un des axes développés dans les groupes de travail du PTSM concernait la prise en charge des personnes placées sous main de justice souffrant de troubles psychiques.</p> <p>Le diagnostic territorial sur cet axe a été réalisé en analysant 5 composantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Compétences 2. Organisation 3. Offre de services 4. Environnement 5. Politique <p>Sur les compétences, le constat réalisé par les acteurs est le suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Défaut de formation des personnels de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) pour gérer les profils psychopathologiques ; • Déficit de professionnels en capacité d'offrir une écoute aux Personnes Placées Sous Main de Justice (PPSMJ) ; • Méconnaissance des acteurs intervenants autour des PPSMJ sur les dispositifs existants, les missions et les pratiques des autres acteurs intervenant aux aussi autour de ces mêmes publics ;
-------------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Défaut de formation des personnels de l'administration pénitentiaire au repérage des signaux d'alerte et à l'orientation vers les professionnels de santé compétents ; • Problème du signalement sur le fond et la forme (intérêt à sensibiliser). <p>De ce constat ont émergé 4 axes de réflexion autour desquels le projet a été structuré en actions opérationnelles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Repérage : repérer les fragilités le plus tôt possible afin d'évaluer les besoins d'accompagnement des personnes concernées 2. Soins et suivi psychiatrique : formaliser, construire des protocoles, optimiser et pérenniser les actions de dépistage, de soin et de suivi psychologique des PPSMJ 3. Accompagnement social et médicosocial : améliorer l'accompagnement social et médico-social des PPSMJ mineurs et adultes 4. Prévention et promotion de la santé mentale : créer les conditions favorables au développement de la prévention et de la promotion de la santé mentale
<p style="text-align: center;">Objectifs</p>	<p>Sur l'accompagnement des personnels pénitentiaires, les objectifs opérationnels identifiés par les acteurs sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Repérage <ul style="list-style-type: none"> → Organiser le partage d'informations entre les acteurs de la justice et ceux de la santé → Améliorer le repérage des vulnérabilités dès l'enquête (avant entrée en détention) 2. Soins et suivi psychiatrique : <ul style="list-style-type: none"> → Dépister les vulnérabilités des personnes placées sous main de justice (milieu ouvert et milieu fermé) dès le démarrage de l'enquête par le médecin expert en vue de favoriser une orientation/prise en charge adéquate → Former les personnels pénitentiaires au dépistage des troubles et fragilités psychiques (exemple du risque suicidaire) → Appliquer le guide méthodologique de la prise en charge des PPSMJ (2017)
<p style="text-align: center;">Indicateurs de suivi de l'objectif</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Nombre de situations à risque (de vulnérabilité) identifiées ; → Nombre de décompensations aiguës, crises, passages à l'acte suicidaire ; → Nombre d'interventions réalisées chaque année en milieu pénitentiaire ; → Nombre de professionnels formés ; → Nombre de demandes de consultations auprès des professionnels de psychiatrie ; → Nombre de réunions d'échange de pratiques, de coordination.

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Formaliser un document sur le repérage du risque suicidaire	Travail entre les équipes soignantes et la cellule communication de l'EPSM	T2 2020
Réaliser des formations	Equipes soignantes et universitaires	T1 2021
Mettre en place des réunions sur les échanges de pratiques	Réflexion entre les équipes soignantes pluri-institutionnelles	T1 2020
Formaliser une fiche de liaison entre les services de soins des établissements pénitentiaires	Réunion entre les équipes soignantes et les équipes pénitentiaires	T1 2020
Coordonner les acteurs du sanitaire et du secteur pénitentiaire	Réunion entre les équipes soignantes et les équipes pénitentiaires	T2 2020

Action 8. Accompagner l'élaboration d'une application pour le repérage des signes précurseurs

<p>Axe n°1 PROMOUVOIR LE BIEN-ETRE MENTAL, PREVENIR ET REPERER PRECOCEMENT LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET PREVENIR LE SUICIDE</p>	<p>Coordinateurs</p>	<p>Partenaires</p>
	<p>ARS</p>	<p>EPSM de Guadeloupe</p>

Diagnostic / Problématique

<p>Définition / Constats</p>	<p>Dans le bilan réalisé par les acteurs figure la problématique de l'insuffisance de formation des professionnels des champs sanitaire, médico-social, social mais également de la Justice, de l'Education Nationale, du secteur pénitentiaire, de l'hébergement ou du travail. Cette connaissance insuffisante porte sur les spécificités de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, et en premier lieu sur le repérage des troubles.</p> <p>Le groupe de travail sur cette thématique a mis en évidence 2 situations différentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes non connues de la psychiatrie • Les personnes ayant déjà eu un suivi en psychiatrie <p>Le diagnostic territorial sur cet axe a été réalisé en analysant 2 composantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personnes non connues de la psychiatrie : <ul style="list-style-type: none"> ○ Perturbation des gestes de la vie quotidienne et au travail ; ○ Repli sur soi et rupture des contacts, isolement ; ○ Situation conflictuelle dans le milieu de vie (récurrente) ; ○ Dégradation des soins corporels, négligence vestimentaire ; ○ Agressivité verbale ou physique (irritabilité, susceptibilité) ; ○ Insomnie depuis plusieurs jours ; 2. Personnes ayant déjà eu un suivi en psychiatrie :
-------------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Perturbation des gestes de la vie quotidienne ; ○ Répétition des phrases manque d'écoute des réponses ; ○ Repli sur soi et rupture des contacts, isolement ; ○ Non-reconnaissance par l'individu de sa situation et de son état de santé ; ○ Dégradation des soins corporels ; ○ Agressivité verbale ou physique (irritabilité, susceptibilité) ; ○ Insomnie depuis plusieurs jours ; ○ Refus de prendre le traitement. <p>Ce repérage des troubles doit être fait par l'entourage de la personne, par les aidants, les professionnels du social et médico-social. Il s'agit de déceler les signes précurseurs qui aideront à alerter ou prévenir l'interlocuteur adapté. C'est pourquoi cette application aurait pour cible les professionnels de soins, professionnels de 1^{ères} ligne, et le grand public.</p> <p>Il est proposé d'avoir recours aux nouvelles techniques de l'information et de la communication grâce à une application pour téléphone portable afin de développer et de favoriser le repérage des troubles.</p>
<p>Objectifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Repérer les patients, connus ou non connus de la psychiatrie en situation de crise ou en amont de celle-ci → Eviter les ruptures de soins → Améliorer la connaissance de la pathologie psychiatrique par les différents professionnels
<p>Indicateurs de suivi de l'objectif</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Nombre d'applications téléchargées → Nombre de repérages réalisés

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Constituer un groupe de travail dédié	Quelle composition ?	T1 2020
Réaliser l'application pour les téléphones portables	Faire appel à une entreprise de développement ? Selon quel cahier des charges et quelles vocations d'évolution ?	T2-T3 2020
Réaliser une phase de test	Quel public test ?	T3 2021
Envisager le déploiement de l'application à tous les professionnels de la santé mentale	Quels coûts annuels pour l'administration de l'application ? Que faire des données récoltées (attention à la CNIL) ?	T3 2022

Action 9. Renforcer la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiques

<p>Axe n°2 GARANTIR DES PARCOURS DE SOINS COORDONNES ET SOUTENUS PAR UNE OFFRE EN PSYCHIATRIE ACCESSIBLE, DIVERSIFIEE ET DE QUALITE</p>	<p>Coordinateurs</p> <p>L'EPSM de Guadeloupe</p>	<p>Partenaires</p> <p>Le Groupement Hospitalier de Territoire de Guadeloupe Les Centres Hospitaliers du territoire L'HAD Les médecins généralistes (Ordre des Médecins et URPS) Les MSP Les CTPS Les CLSM</p>
--	---	--

Diagnostic / Problématique

<p>Définition / Constats</p>	<p>La santé physique et la surmortalité des personnes vivant avec des maladies psychiques ont longtemps été ignorées, du fait de préjugés, de méconnaissance ou de difficultés de repérage. Pourtant, de nombreuses études cliniques et épidémiologiques ont porté sur l'association entre maladies somatiques et psychiques. Sans oublier que certains médicaments psychotropes augmentent les risques de maladies cardio-vasculaires, de diabète et d'obésité. Tous ces facteurs retardent ou limitent l'accès à des soins adaptés, diminuent de manière importante l'espérance de vie des personnes et compliquent la prise en charge de leur santé mentale et somatique. La surmortalité des personnes ayant des troubles psychiques sévères est connue depuis les années 1930. Cette surmortalité s'aggrave de manière continue, alors que l'espérance de vie de la population générale augmente. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il y aurait 8 millions de morts prématurées, dans le monde, liées aux troubles psychiatriques. Des études ont montré que la première cause de mortalité des personnes vivant avec des troubles psychiques est naturelle, loin devant les suicides, les accidents et les homicides. Ainsi, par rapport à la population générale, l'espérance de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques est écourtée de 10 à 20 ans et leur taux de mortalité est trois à cinq fois supérieur (OMS, 2015). Les maladies cardiovasculaires et celles liées au tabac représentent les principales causes de décès des personnes atteintes de troubles psychiques. Par exemple, une personne chez qui un diagnostic de schizophrénie ou de troubles bipolaires a été établi aurait 2 à 3 fois plus de risque de mourir d'une maladie cardiovasculaire que la population générale.</p>
-------------------------------------	---

Le risque de mort prématurée dépend de nombreux facteurs plus ou moins associés : le tabagisme, le régime alimentaire, l'obésité, le diabète, les effets indésirables des médicaments psychotropes, le manque d'exercice, mais aussi la pauvreté et un réseau social peu développé. Auxquels s'ajoutent des facteurs de risque non modifiables, tels que l'âge, le sexe, les antécédents familiaux et personnels. De plus, les nombreux obstacles à l'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec des troubles psychiques ont aussi un impact sur leur mortalité. Par exemple, les personnes atteintes de dépression majeure et de schizophrénie ont 40 à 60 % plus de risques que la population générale de mourir prématurément, du fait de problèmes de santé physique : cancers, maladies cardiovasculaires, diabète ou encore infection VIH (OMS, 2015).

Il est fait le constat d'une coordination parfois difficile entre soins somatiques et psychiatriques. Afin de leur apporter la réponse thérapeutique globale et de qualité qu'elles sont en droit de recevoir, une coordination efficace entre psychiatres et somaticiens, psychiatrie et médecine de ville est indispensable.

En effet, le manque de coordination entre les soins médicaux en ville (cabinet de médecine générale, maison de santé, etc.) et les soins psychiatriques d'une part, et la disparité de l'organisation de soins médicaux dans les services de psychiatrie d'autre part, expliquent en partie que la santé physique des patients psychiatriques soit moins prise en compte. De fait, on observe souvent des ruptures dans la continuité des soins et des parcours de vie, par défaut de coordination et de communication entre médecine de ville, service de psychiatrie et dispositif médico-social.

En outre, tous les patients suivis en psychiatrie n'ont pas systématiquement de médecin traitant. Les médecins généralistes ne connaissent pas toujours les traitements que leurs patients prennent pour leurs troubles psychiques. L'accompagnement à la ville constitue donc un axe fort dans le cadre de ce PTSM, dont l'accès à un médecin traitant pour chacun doit permettre d'assurer le respect des droits des usagers, notamment hors de l'hospitalisation et d'éduquer les usagers aux bons réflexes d'utilisation de la carte vitale.

Deux décrets renforcent la nécessité d'assurer une continuité des soins entre les différents professionnels (santé, social, médico-social) intervenants auprès d'un patient. Ils précisent la nécessité de :

- Mettre en place une lettre de liaison remise au médecin traitant par le médecin de l'hôpital (Décret n°2016-995)
- Spécifier les catégories de professionnels du champs social et médico-social habilités à échanger et partager avec les professionnels de santé, et les modalités de cet échange et de ce partage (Décret n° 2016-994).

<p>Objectifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Les connaissances des somaticiens sur la santé mentale pourraient être développées pour réaliser des diagnostics différentiels de manière plus efficace. Par ailleurs, les autres professionnels participant au parcours des patients ne sont également pas assez formés aux profils spécifiques de ces patients ; → La coordination entre les professionnels doit être améliorée (notamment à travers la transmissions d'informations entre les professionnels via les comptes rendus d'hospitalisation et de consultations) et une meilleure identification des troubles somatiques ; → Les diagnostics différentiels et bilans somatiques pour les patients se présentant aux urgences des hôpitaux généraux doivent être systématisés ; → Systématiser la désignation d'un médecin traitant pour tout patient pris en charge dans le dispositif de santé mentale ; → Intégration des équipes psychiatriques dans les MSP ; → Promouvoir l'utilisation du DMP.
<p>Indicateurs de suivi de l'objectif</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Taux de patients pris en charge en psychiatrie sans médecin traitant ; → Taux de patients hospitalisés en SSC n'ayant pas de bilans somatiques dans les 24h ; → Taux de patients hospitalisés en psychiatrie sans médecin traitant ; → Taux d'envoi du courrier de suivi au médecin traitant.

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Former et prévenir les médecins/psychiatres/soignants aux pathologies les plus développées chez les personnes atteintes d'handicap psychique		
Formaliser des partages d'expériences somaticiens / psychiatres	Pourquoi pas dans le cadre de la CPTS ?	
Intégrer dans la formation initiale des soignants une sensibilisation aux liens entre troubles somatiques et psychiques		
Former tous les professionnels de 1 ^{ère} ligne (agents d'accueils, etc.) aux fondamentaux des pathologies psychiques		
Permettre l'accès à un médecin traitant pour chaque usager	Opérer un recensement ?	2020 T1
Améliorer la coordination entre professionnels	DMP ; lettres de liaison ; messagerie sécurisée ; annuaire des ressources	2020 T2
Formaliser un protocole pour pointer précisément les troubles somatiques lors des consultations		
Renforcer les dépistages des troubles somatiques (cancer, problèmes dentaires)		
Améliorer le suivi et la prévention des maladies chroniques (obésité, diabète)		
Conventionner avec les professionnels de ville		
Mettre en place une action pour l'envoi systématique par les médecins de l'EPSM d'une lettre de suivi au médecin traitant et inversement	Action pour l'EPSM	2020 T1

Action 10. Compléter et renforcer l'offre de prise en charge des adolescents suite à l'évaluation des équipes mobiles

Axe n°2 GARANTIR DES PARCOURS DE SOINS COORDONNES ET SOUTENUS PAR UNE OFFRE EN PSYCHIATRIE ACCESSIBLE, DIVERSIFIEE ET DE QUALITE	Coordinateurs EPSM de Guadeloupe	Partenaires

Diagnostic / Problématique

Définition / Constats	<p>Les professionnels ont mis en évidence les difficultés dans la prise en charge des adolescents avec particulièrement des ruptures de suivis aux CMP, les patients se dirigeant à la maison des adolescents sans qu'une prise en charge clinique n'ait réellement été mise en place. Ce problème est aggravé par les longs délais pour les rendez-vous au CMP et l'absence d'outils de liaison.</p> <p>L'idée de l'action est d'ouvrir le champ à un nouveau dispositif complémentaire aux équipes mobiles, mais qui ne soit pas forcément caractérisé par l'ouverture d'une unité d'hospitalisation temps plein dans la forme des projets actuellement connus. Il s'agit donc dans le cadre de cette action d'imaginer le mode d'accueil le plus adapté entre la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social, tout en répondant aux besoins des patients en termes de prise en charge médicale.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> → Réduire les temps d'accès des adolescents aux structures sanitaires ; → Mieux suivre les parcours de soins des adolescents.
Indicateurs de suivi de l'objectif	<ul style="list-style-type: none"> → Temps d'accès à une consultation médicale pour les 12-17 ans ; → Nombre d'adolescents suivis bénéficiant d'un projet personnalisé de soins.

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Identifier le type de structure adaptée à la prise en charge des adolescents	Mise en place d'un groupe de travail spécifique au sein de l'EPSM	T1 2021
Monter le projet d'ouverture	Cahier des charges à concevoir sur la base des travaux du groupe de travail, identifier les missions et les ressources nécessaires	T2 2022
Ouvrir l'unité		T1 2023
Faire l'évaluation du dispositif mis en place		T2 2024

Action 11. Initier un appel à candidature pour IDE en pratique avancée en santé mentale

<p>Axe n°2 GARANTIR DES PARCOURS DE SOINS COORDONNES ET SOUTENUS PAR UNE OFFRE EN PSYCHIATRIE ACCESSIBLE, DIVERSIFIEE ET DE QUALITE</p>	<p>Coordinateurs</p>	<p>Partenaires</p>
	<p>ARS</p>	<p>Le CHU de Guadeloupe L'université des Antilles Les IFSI</p>

Diagnostic / Problématique

<p>Définition / Constats</p>	<p>L'accès aux soins et le repérage précoce des troubles est rendu difficile en Guadeloupe du fait de deux paramètres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un déficit de ressources médicales qu'elles soient libérales ou hospitalières ; • Des difficultés pour les usagers à accéder aux équipements du territoire ; <p>Or, la pratique avancée vise un double objectif (<i>Réglementation : les textes sur les IPAP sont parus au JO du 13 août 2019 complétant l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les actes techniques des IPA</i>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées ; • Favoriser la diversification de l'exercice des professionnels paramédicaux et déboucher sur le développement des compétences visant un haut niveau de maîtrise. <p>Avec la pratique avancée, les professionnels infirmiers élargissent leurs compétences dans le champ clinique. Demain, une fois formés, ils pourront renouveler, adapter, voire prescrire des traitements ou des examens, assurer une surveillance clinique, mener des actions de prévention ou de dépistage. Ceci se fera en accord avec des médecins qui leur confieront le suivi de certains de leurs patients dont l'état de santé est stabilisé. Et sous condition d'exercer au sein d'une équipe de soins (par exemple en maison ou centre de santé, en établissement hospitalier ou médico-social). En plus de réduire les délais d'accès à une prise en charge, la pratique avancée est une nouvelle</p>
-------------------------------------	--

	<p>réponse pour accompagner l'évolution des besoins de santé de la population, notamment ceux liés aux maladies chroniques et au vieillissement.</p> <p>Se former à la pratique avancée nécessite au minimum 3 ans d'exercice. La formation – qualifiante – est organisée autour d'une 1^{ère} année de tronc commun permettant de poser les bases de l'exercice infirmier en pratique avancée et d'une 2^{ème} année centrée sur les enseignements en lien avec la mention choisie. Dès la rentrée 2019-20, la pratique avancée s'ouvrira à la santé mentale et la psychiatrie. Au terme de sa formation, l'infirmier précise la mention choisie puis, une fois diplômé, est reconnu au grade universitaire de master. Les modalités de candidatures sont précisées sur le site Légifrance⁴.</p> <p>Le développement de ce métier en Guadeloupe constitue une opportunité pour les usagers qui pourront alors bénéficier d'un meilleur suivi et d'une meilleure identification de leurs troubles. De plus, développer la compétence d'IDE à pratiques avancées pourrait permettre de mieux organiser les parcours des usagers et donc d'améliorer le suivi en amont d'une potentielle hospitalisation. Enfin, améliorer les suivis des usagers du territoire doit participer indirectement à la réduction du niveau de sévérité des pathologies sur le territoire.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> → Améliorer la qualité du suivi pré-hospitalisation et post-hospitalisation des usagers ; → Réduire le recours à l'hospitalisation en psychiatrie via les urgences.
Indicateurs de suivi de l'objectif	<ul style="list-style-type: none"> → Taux de passage par les urgences avant hospitalisation en psychiatrie (notamment pour les patients présentant des troubles mentaux sévères) ; → Taux de patients ayant un suivi en amont de l'hospitalisation ; → Taux de patients ayant un suivi en aval de l'hospitalisation.

⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037218463&categorieLien=id> et <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTL000038925755&cidTexte=LEGITEXT000006071191&dateTexte=20190814>

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Concevoir le cahier des charges pour une formation des IDE à pratiques avancées		T1 2020
Lancer l'appel à candidature		T2 2020
Sélectionner l'organisme	L'université des Antilles est-elle le partenaire privilégié ?	T1 2020
Commencer la formation pour les IPA	Combien de professionnels prévus ? Quels modes de rémunération ?	T3 2020
Définir la place des IPA dans le parcours de soins des usagers	Qui doit participer à ce travail ? Selon quelles modalités ?	T1 2021

Action 12. Ouvrir un dialogue avec la CGSS sur l'expérimentation du paiement à l'acte des psychologues libéraux

Axe n°2 GARANTIR DES PARCOURS DE SOINS COORDONNES ET SOUTENUS PAR UNE OFFRE EN PSYCHIATRIE ACCESSIBLE, DIVERSIFIEE ET DE QUALITE	Coordinateurs ARS	Partenaires EPSM de Guadeloupe CPAM Mutuelles ?

Diagnostic / Problématique

Définition / Constats	<p>Comme de nombreux territoires en France, la Guadeloupe pâtit d'un déficit de professionnels de santé spécialisés en psychiatrie et en santé mentale et plus spécifiquement d'un déficit de médecins psychiatres.</p> <p>En articulation avec les fiches actions 11 et 21, le PTSM développe l'ambition de promouvoir de nouveaux métiers comme les infirmiers en pratique avancée en psychiatrie pour pallier ce déficit de ressources médicales.</p> <p>Les professionnels envisagent une autre modalité d'action, en rendant plus accessibles les soins dispensés par certains professionnels libéraux. Il s'agit d'améliorer la couverture par l'assurance maladie des prises en charge des psychologues libéraux.</p> <p>Il est proposé de mettre en place une expérimentation sur ce sujet.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> → Améliorer l'accès aux soins de ville → Diminuer les ruptures de soins

Indicateurs de suivi de l'objectif	<ul style="list-style-type: none"> → Nombre de psychologues inclus dans l'expérimentation ; → Nombre de patients accompagnés dans le cadre de l'expérimentation.
---	--

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Identifier le besoin en prise en charge psychologique (quels profils de patient, pour quels soins, sur quelle durée, etc.)		T1-T2 2020
Identifier des psychologues volontaires		T2 2020
Préciser avec la CGSS le cadre de l'expérimentation (coût notamment)		T3 2020
Lancer l'expérimentation		T1 2021
Evaluer l'expérimentation		T1 2022

Action 13. Associer l'EPSM aux opérateurs qui concourent à l'élaboration d'un projet d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle

<p>Axe n°2 GARANTIR DES PARCOURS DE SOINS COORDONNES ET SOUTENUS PAR UNE OFFRE EN PSYCHIATRIE ACCESSIBLE, DIVERSIFIEE ET DE QUALITE</p>	<p>Coordinateurs</p> <p>EPSM de Guadeloupe</p>	<p>Partenaires</p> <p>ARS CLS Groupe de libéraux mettant en place la MSP</p>
--	---	---

Diagnostic / Problématique

<p>Définition / Constats</p>	<p>Les maisons de santé ont été introduites dans le code de la santé publique en 2007 (loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007) pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif. Elles sont des structures pluriprofessionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Les professionnels de santé exerçant en leur sein (essentiellement libéraux) doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. Les maisons de santé sont appelées à conclure avec l'Agence Régionale de Santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière.</p> <p>L'ARS promeut l'ouverture de ce type de structure dans l'objectif d'attirer de nouveaux professionnels libéraux sur le territoire en lien avec les structures hospitalières. Les professionnels participant à cette MSP ne sont pas connus. Néanmoins, dans la perspective du développement de la pratique avancée infirmière, ces professionnels devront nécessairement intégrer une équipe, potentiellement dans une MSP. Cette maison doit donc permettre d'accueillir des professionnels et d'améliorer la coordination entre eux.</p> <p>L'ARS souhaite inscrire le développement des MSP dans le cadre de l'amélioration de la coordination entre les professionnels des territoires, d'où la demande de faire participer l'EPSM à ce dispositif qui concerne au départ principalement les acteurs de ville. Cette fiche</p>
-------------------------------------	---

	est à mettre en lien avec le développement de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, dispositifs complémentaires des MSP.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> → Permettre une meilleure articulation des parcours de soins, en renforçant les liens entre la médecine de ville et la psychiatrie ; → Renforcer la fonction de repérage et d'orientation des médecins généralistes et des psychologues vers les services de psychiatrie ; → Renforcer la connaissance mutuelle entre les médecins généralistes, les psychologues, et les psychiatres par un travail de coopération ; → Travailler sur les corrélations fortes entre troubles psychiques et problèmes somatiques ; → Intégrer une antenne de secteur psychiatrique dans chaque nouvelle MSP.
Indicateurs de suivi de l'objectif	<ul style="list-style-type: none"> → Nombre de professionnels dans la MSP ; → Nombre de temps de coordination entre les professionnels de la MSP et l'EPSM.

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Créer un groupe de professionnels pilote pour la constitution de la MSP		
Ouvrir la MSP	Intégrer locaux et horaires pour les consultations et soins psychologiques et psychiatriques	
Organiser des temps de coordinations partagés entre les professionnels de la MSP et l'EPSM	Echanger autour des situations complexes avec des temps entre acteurs pluridisciplinaires	
Apporter un appui et un relais aux médecins généralistes	Déployer des modes d'appuis pour la détection et le repérage des troubles psychiques	
Mettre en place une réflexion sur le remboursement de séances chez les psychologues (cf. fiche 15)	Remboursement de consultations en expérimentation sur des territoires https://informations.handicap.fr/a-testremboursement-seance-psychologue-10805.php	
Faire connaître les outils développés sur la santé mentale, les ressources existantes		
Développer l'intervention d'IPA au sein de la MSP	A mettre en place à la fin de la formation des IPA spécialisés en psychiatrie	

Action 14. Développer les consultations avancées en psychiatrie et en addictologie sur l'ensemble du territoire, au plus près des usagers, y compris dans les îles du Sud

Axe n°2 GARANTIR DES PARCOURS DE SOINS COORDONNES ET SOUTENUS PAR UNE OFFRE EN PSYCHIATRIE ACCESSIBLE, DIVERSIFIEE ET DE QUALITE	Coordinateurs	Partenaires
	EPSM de Guadeloupe	CSAPA de Guadeloupe CLSM

Diagnostic / Problématique

Définition / Constats	<p>L'aller-vers les usagers constitue un axe majeur de ce PTSM. Au-delà de la mise en place de dispositifs sociaux et médico-sociaux servant à l'identification précoce de troubles psychiques, les acteurs sanitaires de la prise en charge souhaitent également développer le maximum de dispositifs pour limiter l'impact de la distance et des difficultés de transport pour les usagers devant bénéficier de soins. Cela concerne autant les usagers souffrant de troubles psychiques que d'addiction :</p> <ul style="list-style-type: none"> Concernant les troubles psychiques, les professionnels notent régulièrement des ruptures dans le parcours de prise en charge (curatif/post-curatif), des difficultés à gérer les situations de crise (absence de réponses urgentes adaptées, priorisation des équipes du SAMU défavorable aux traitements des situations de crise, souffrance des familles et des professionnels avec un sentiment d'éternel recommencement face à l'absence de solution, etc.), et des difficultés à agir sur l'environnement familial du patient (déficit de programme de psychoéducation, rôle et influence de l'entourage familial sur la santé du patient insuffisamment pris en compte, représentations autour des consommations et de la maladie, etc.). Concernant les addictions, les professionnels ont mis en avant leur sentiment d'impuissance face aux décisions des personnes souffrant d'addictions et de troubles psychiques de se faire soigner (en particulier chez les consommateurs de crack). Face à un
------------------------------	---

	<p>public souffrant régulièrement de plusieurs addictions, vulnérable (personnes en errance, personnes en situation d'handicap, personne vieillissantes, personnes en situation irrégulière, sans domicile fixe, etc.) et montrant des comportements difficiles (non adhésion, déni, temporalité propre de l'usager, etc.) les ressources actuelles ne semblent pas assez développées.</p> <p>Sur le modèle des dispositifs mis en place par les CSAPA dans les territoires déserts (Sainte-Rose, Capesterre Belle-Eau, Moule, Désirade et Marie-Galante), le développement de consultations avancées apparaît stratégique pour traiter en partie ce problème. Ces dernières doivent permettre d'identifier les usagers souffrant de troubles et ne pouvant pas se rendre au CMP. Il importe que ces consultations soient le résultat d'un travail commun entre la partie psychiatrique de l'EPSM et les CSAPA de Guadeloupe. La notion d'itinérance est préférée par les professionnels (par exemple : bus itinérant).</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> → Mieux organiser le suivi des patients en curatif et post-curatif ; → Identifier et suivre les usagers souffrant d'addictions ; → Développer la psychoéducation pour faciliter l'insertion des usagers dans des parcours de soins ; → Développer des solutions de e-santé.
Indicateurs de suivi de l'objectif	<ul style="list-style-type: none"> → Nombre de consultations annuelles (en addictologie et psychiatrie) ; → Nombre de patients vus en psychiatrie identifiés par le service de consultations avancées.

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Définir les missions et mode de fonctionnement du service de consultations avancées	Quel périmètre géographique ? Quelle population ? Quel modèle d'organisation (fixe ou bus itinérant) ? Quels moyens nécessaires ?	
Trouver les ressources et former les professionnels	Quel partage des ressources entre EPSM et CSAPA ?	
Ouvrir le service		
Réaliser un bilan annuel du fonctionnement des consultations avancées		

Action 15. Renforcer le repérage des troubles autistiques

Axe n°2

GARANTIR DES PARCOURS DE SOINS COORDONNES ET SOUTENUS PAR UNE OFFRE EN PSYCHIATRIE ACCESSIBLE, DIVERSIFIEE ET DE QUALITE

Coordinateurs

ARS de Guadeloupe

Partenaires

CHU de Guadeloupe
EPSM de Guadeloupe

Diagnostic / Problématique

Définition / Constats	Le repérage et la prise en charge des TSA constitue un axe majeur de la politique nationale en lien avec la santé mentale. Dans le cadre du PTSM, les professionnels ont souhaité mettre en place une démarche spécifique qui démarrera en 2022.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> → Mieux repérer les TSA ; → Mieux organiser les parcours de vie des usagers souffrant de TSA, de l'enfance au décès.
Indicateurs de suivi de l'objectif	

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Monter un groupe de travail pluri établissements	Avec EPSM ? CHU ? IME ? ASE ? etc.	T1 2022

Action 16. Initier l'organisation des universités en santé mentale

<p>Axe n°3 AMELIORER LES CONDITIONS DE VIE ET D'INCLUSION SOCIALE ET LA CITOYENNETE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE</p>	<p>Coordinateurs</p>	<p>Partenaires</p>
	<p>ARS</p>	<p>Le CHU de Guadeloupe L'université des Antilles Les IFSI</p>

Diagnostic / Problématique

<p>Définition / Constats</p>	<p>Même si de nombreuses actions de formation existent, l'état des lieux réalisé par les groupes de travail sur les 10 thématiques retenues a mis en évidence une formation parfois insuffisante des professionnels des champs sanitaire, social et médico-social sur les spécificités de la pathologie psychiatrique, sur le repérage des troubles, etc.</p> <p>Il y a également peu d'action d'information/prévention (Semaine d'Information en Santé Mentale), notamment vis-à-vis du grand public, sur toute l'année.</p> <p>Ces éléments induisent un retard dans l'accès aux soins, des ruptures de parcours, une stigmatisation persistante des personnes souffrant de pathologies psychiatriques.</p>
<p>Objectifs</p>	<p>En lien avec les actions 17 (renforcer et pérenniser l'organisation de la Semaine d'information en santé mentale), 4 (accompagner l'élaboration d'une formation et de stages croisés pour les différents acteurs qui contribuent au parcours du patient en santé mentale) et 20 (initier une rencontre avec différents partenaires pour la construction DU santé mentale/pairs aidants et/ou Master SM pour IPA), il est proposé d'initier l'organisation des universités en Santé Mentale.</p> <p>Parmi les actions opérationnelles déjà identifiées figurent :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Intégrer des modules santé mentale dans la formation initiale et continue des professeurs (écoles de professorat)

	<ul style="list-style-type: none"> → Poursuivre le développement des formations initiales CPS mises en place par l'IREPS avec le soutien du rectorat et de l'ARS → Sensibiliser informer les élèves en santé mentale → Intégrer la santé mentale dans la formation des étudiants de service sanitaire → Former les pairs à la santé mentale (élèves médiateurs) → Renforcer le programme de développement des compétences psychosociales mis en œuvre par l'IREPS et toucher l'ensemble des établissements scolaires d'ici 5 ans → Renforcer et développer l'école des parents sur tout le territoire y compris dans les Iles du Nord avec des approches pédagogiques valorisant la communication non violente et bienveillante au sein des familles → Mettre en place et développer des formations à destination des parents sur les stades de développement de l'enfant → Financer et accompagner la mise en place et la formation de pairs aidants → Mettre en place un programme biennal et expérimental de formation des responsables associatifs (bénévoles ou salariés) en contexte de santé mentale relatif aux aidants → Développer les dispositifs d'accompagnement aux familles (répit, soutien, promotion de l'autonomie, information, formation, sensibilisation, pro famille) ; → Former et outiller les acteurs de terrain (médiateurs, éducateurs, équipiers de rue, acteurs de la prévention de la délinquance, etc.) <p>L'objectif de cette action est de mettre en place un cadre universitaire adossé à l'ensemble des initiatives afin d'améliorer la cohérence, la qualité et l'articulation de ces outils de formation.</p>
<p>Indicateurs de suivi de l'objectif</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Signature de la convention ; → Nombre de formations réalisées ; → Nombre de personnes formées.

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Constituer un groupe de travail dédié	Quelle composition ?	T1 2020
Rédiger une convention entre tous les acteurs de l'enseignement supérieur		T2-T3 2020
Identifier les formations existantes sur le département		T2-T3 2020
Réaliser un état des lieux des besoins de formation en fonction des caractéristiques des participants (professionnels de santé, du champ social ou médico-social, aidants, famille, etc.)	Quelles formations sont nécessaires, pour quel public ?	T3-T4 2020
Réaliser les premières formations-tests		T1-T2 2021
Evaluer les retours des premières sessions		T2 2021

Action 17. Renforcer et pérenniser l'organisation de la Semaine d'Information en Santé Mentale (SISM)

Axe n°3 AMELIORER LES CONDITIONS DE VIE ET D'INCLUSION SOCIALE ET LA CITOYENNETE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE	Coordinateurs ARS	Partenaires EPSM de Guadeloupe UNAFAM GEM CLSM

Diagnostic / Problématique

Définition / Constats	<p>L'état des lieux réalisé par les groupes de travail sur les 10 thématiques retenues a mis en évidence le nombre insuffisant d'actions d'information/prévention, notamment vis-à-vis du grand public, sur toute l'année.</p> <p>La Guadeloupe participe chaque année à la Semaine d'Information en Santé Mentale (SISM).</p> <p>Les SISM sont un moment privilégié pour réaliser des actions de promotion de la santé mentale. Ces semaines sont l'occasion de construire des projets en partenariat et de parler de la santé mentale avec l'ensemble de la population.</p>
Objectifs	<p>Les cinq objectifs de la SISM sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Sensibiliser le public aux questions de santé mentale ; → Informer, à partir du thème annuel, sur les différentes approches de la santé mentale ; → Rassembler par cet effort de communication, acteurs et spectateurs des manifestations, professionnels et usagers de la santé mentale ; → Aider au développement des réseaux de solidarité, de réflexion et de soin en santé mentale ;

	→ Faire connaître les lieux, les moyens et les personnes pouvant apporter un soutien ou une information de proximité.
Indicateurs de suivi de l'objectif	<ul style="list-style-type: none"> → Organisation de la SISM → Nombre d'évènements → Nombre de professionnels mobilisés (intervenants) → Nombre de participants

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Constituer un groupe de travail dédié en charge de l'organisation de la SISM		T1 2020
Recenser les projets de communication, les interventions		T2-T3 2020
Organiser la SISM		T2-T3 2021
Evaluer les retours des participants et des intervenants		T3-T4 2021

Action 18. Renforcer la réhabilitation psychosociale à l'échelle du territoire

<p>Axe n°3 AMELIORER LES CONDITIONS DE VIE ET D'INCLUSION SOCIALE ET LA CITOYENNETE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE</p>	<p>Coordinateurs</p> <p>EPSM de Guadeloupe en partenariat avec les autres structures sanitaires et médico-sociales</p>	<p>Partenaires</p> <p>Etablissements sanitaires de court séjour du territoire Structures médico-sociales (dont ESAT) CLSM MDPH</p>
---	---	--

Diagnostic / Problématique

<p>Définition / Constats</p>	<p>L'objectif de la pratique de réhabilitation psychosociale consiste à donner les moyens aux usagers de reprendre une vie normale à travers la réinsertion socio-professionnelle ou le développement de leurs capacités de fonctionner en autonomie. Elle sert à la fois à limiter la chronicisation des patients et à faciliter les prises en charge post-hospitalisation.</p> <p>Quelles sont les spécificités de la population et de la file active guadeloupéenne qui justifient le développement de ces pratiques ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au sein des unités de l'EPSM, dix-huit patients ont été présents dans les unités d'hospitalisation pendant plus d'un an ce qui représente 1,8% de la file active (données RIMP sur la période 2017-2018, via scansanté) ; • Les taux d'équipement en ressources médico-sociales sont globalement faibles en Guadeloupe. L'enjeu de l'autonomisation des guadeloupéens apparaît donc important pour limiter les risques de rupture de prises en charge. La réhabilitation constitue donc une opportunité que les acteurs du PTSM souhaitent investir. <p>La réhabilitation psycho-sociale doit se concevoir au plus près des usagers, et viser une pleine citoyenneté se traduisant par une inclusion sociale. Par ailleurs l'ensemble des services sanitaires et médico-sociaux doivent s'organiser et s'orienter vers le rétablissement des patients.</p>
-------------------------------------	---

	<p>Concrètement la réhabilitation utilise plusieurs techniques pour assurer une autonomie des personnes prises en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La remédiation cognitive ; • La psychoéducation ; • Le développement des habiletés sociales ; • L'accompagnement vers la construction de projets professionnels.
Objectifs	<p>→ Organiser l'accès à la réhabilitation (CLSM, GEM, dispositif sectoriel+ intersectoriel, sanitaire, social et médico-social) ;</p> <p>→ Augmenter le nombre de patients bénéficiant d'un dispositif de réhabilitation psychosociale ;</p> <p>→ Réduire le nombre de patients au long cours au sein des lits d'hospitalisation.</p>
Indicateurs de suivi de l'objectif	<p>→ Nombre de dispositifs de réhabilitation mis en place ;</p> <p>→ Nombre de patients ayant suivi un dispositif de réhabilitation ;</p> <p>→ Nombre d'usagers retournés au domicile ;</p> <p>→ Nombre d'hospitalisations réalisées via l'équipe mobile ;</p> <p>→ Nombre de patients en attente d'une prise en charge dans un dispositif de réhabilitation.</p>

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Mettre en place le groupe de travail sur la réhabilitation		
Définir les missions des unités en termes de réhabilitation et de suivi des patients	<p>Quelles sont les actions de réhabilitation à mettre en œuvre pour chaque patient accueilli en Guadeloupe ?</p> <p>Quelles sont les missions de chaque unité dans le cadre de la réhabilitation ?</p>	
Ouvrir un dispositif de réhabilitation	Dans chaque secteur + équipe mobile + soutien intersectoriel	
Evaluer le dispositif de réhabilitation	<p>Quelle est l'état de la file d'attente après un an ?</p> <p>Combien de patients sont retournés au domicile ?</p>	

Action 19. Aider à la création de GEM sur les territoires isolés

Axe n°3 AMELIORER LES CONDITIONS DE VIE ET D'INCLUSION SOCIALE ET LA CITOYENNETE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE	Coordinateurs ARS	Partenaires EPSM de Guadeloupe CHU de Guadeloupe Département ? CLSM

Diagnostic / Problématique

Définition / Constats	<p>Le Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) est un outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en grande vulnérabilité. Un GEM est organisé sous forme associative et constitué de personnes ayant des troubles de santé ou connaissant des situations de handicap similaires les mettant en situation de vulnérabilité et de fragilité ; il offre un espace pour se soutenir mutuellement dans les difficultés rencontrées, notamment en termes d'insertion sociale, professionnelle et citoyenne.</p> <p>Les GEM sont dédiés aux personnes présentant un handicap résultant de troubles psychiques, d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale acquise, d'un trouble du spectre de l'autisme ou autre trouble du neuro-développement.</p> <p>Le diagnostic territorial a mis en évidence l'existence de territoires dépourvus de GEM, comme Saint-Martin et Nord Grande-Terre.</p> <p>En s'appuyant sur les autres expériences départementales de GEM, il est proposé d'améliorer le maillage territorial.</p>
Objectifs	<p>→ Accompagner et développer les GEM sur l'ensemble du territoire (Saint-Martin, Nord Grande-Terre)</p>
Indicateurs de suivi de l'objectif	<p>→ Nombre de GEM constitués ;</p> <p>→ Suivi des activités réalisées par les GEM ;</p> <p>→ Nombre de patients accompagnés par les GEM.</p>

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Identifier les personnes ressources sur les territoires encore dépourvus de GEM		
Organiser les GEM		
Evaluer les GEM		

Action 20. Initier une rencontre avec différents partenaires pour la construction d'un DU santé mentale/pairs aidants

Axe n°3 AMELIORER LES CONDITIONS DE VIE ET D'INCLUSION SOCIALE ET LA CITOYENNETE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE	Coordinateurs Université des Antilles	Partenaires ARS EPSM de Guadeloupe CHU de Guadeloupe

Diagnostic / Problématique

Définition / Constats	<p>Comme de nombreux territoires en France, la Guadeloupe pâtit d'un déficit de professionnels de santé spécialisés en psychiatrie et en Santé Mentale et plus spécifiquement de médecins psychiatres.</p> <p>Les groupes de travail ont fait émerger la nécessité de pouvoir s'appuyer sur les pairs aidants dans l'accompagnement des patients dans leur parcours de vie et de soins. Il s'agit de soutenir cette dynamique en développant et en professionnalisant la pair-aidance.</p>
Objectifs	<p>Promouvoir la formation des pairs aidants :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Favoriser l'accompagnement de l'utilisateur par la pair-aidance → Valoriser et faire reconnaître les savoirs issus de l'expérience dans les secteurs du soin et du médico-social → Créer une synergie entre la pair-aidance et les professionnels du soin, du médico-social et du social → Former à l'accompagnement les pairs pour aller vers la professionnalisation de la pair-aidance
Indicateurs de suivi de l'objectif	<ul style="list-style-type: none"> → Nombre de pairs aidants formés ; → Nombre de pairs aidants intégrés dans des équipes sanitaires ou médico-sociales ; → Nombre de personnes ayant bénéficié de l'appui d'un pair-aidant ;

→ Nombre de professionnels du social, médico-social et sanitaire ayant sollicité un pair-aidant.

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Poursuivre le projet de formation de pairs-aidants professionnels et son développement		T1 2020
Sensibiliser les professionnels du soin et du médico-social à la pair-aidance		T1 2020
Mettre en place des temps de sensibilisation par les pairs-aidants		T2 2020
Inscrire la pair-aidance dans les accompagnements sanitaires et médico-sociaux		T3 2020
Accompagner la dynamique collective des pairs-aidants		T3 2020

Action 21. Initier une rencontre avec différents partenaires pour la construction d'un Master en santé mentale pour les infirmiers à pratique avancée

<p>Axe n°3 AMELIORER LES CONDITIONS DE VIE ET D'INCLUSION SOCIALE ET LA CITOYENNETE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE</p>	<p>Coordinateurs</p>	<p>Partenaires</p>
	<p>Université des Antilles</p>	<p>ARS EPSM de Guadeloupe CHU de Guadeloupe</p>

Diagnostic / Problématique

<p>Définition / Constats</p>	<p>Comme de nombreux territoires en France, la Guadeloupe pâtit d'un déficit de professionnels de santé spécialisés en psychiatrie et en santé mentale et plus spécifiquement de médecins psychiatres.</p> <p>Promouvoir la formation d'infirmier en pratique avancée en psychiatrie pour pallier ce déficit de ressources médicales apparait dès lors comme une opportunité que les professionnels du département souhaitent saisir. Cette possibilité pourrait permettre de réduire les délais de prise en charge, notamment en CMP.</p> <p>Il est proposé de développer de nouveaux dispositifs de formations spécifiques : DU et/ou Master de Santé mentale, notamment pour les infirmiers à pratiques avancées.</p>
<p>Objectifs</p>	<p>Promouvoir la formation des Infirmiers à Pratique Avancée en Psychiatrie (IPAP) :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Organiser la référence et le soutien médical au développement de ce nouveau métier : concevoir en pluri professionnel la place des IPAP dans les nouvelles organisations de soins → Définir les missions de l'IPA en Guadeloupe et la formation des professionnels de soins à ces nouveaux métiers

Indicateurs de suivi de l'objectif	<ul style="list-style-type: none"> → Nombre d'IPAP formés ; → Nombre de patients suivis par des IPAP.
---	---

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Engager le projet de formation des IPAP		T1 2020
Sensibiliser les professionnels du soin et du médico-social à l'IPAP		T1 2020
Intégrer les IPAP dans le dispositif de soins et la coordination des parcours de santé des patients		T1 2022
Evaluer le dispositif d'IPAP		T1 2022

Action 22. Encourager le partenariat avec les bailleurs sociaux pour améliorer l'accès au logement des personnes souffrant de troubles psychiques

<p>Axe n°3 AMELIORER LES CONDITIONS DE VIE ET D'INCLUSION SOCIALE ET LA CITOYENNETE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE</p>	<p>Coordinateurs</p> <p>ARS</p>	<p>Partenaires</p> <p>Bailleurs sociaux EPSM de Guadeloupe Services du département CLSM</p>
---	--	---

Diagnostic / Problématique

<p>Définition / Constats</p>	<p>L'inclusion, c'est avant tout accompagner tout citoyen y compris la personne en situation de handicap et l'inscrire dans un projet global qui vise à lui permettre d'exercer ses droits et ses devoirs, d'entreprendre des activités, dans un cadre de respect, d'écoute et de liberté. Les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) font du domicile le centre de gravité du parcours des personnes. De ce fait, l'accès et le maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques constitue un enjeu majeur dans le cadre du développement de l'autonomie des patients.</p> <p>La Guadeloupe est un territoire qui se caractérise par un manque de structures d'hébergement. De plus, le réseau d'acteurs existant est parfois insuffisamment identifié par les professionnels du champ sanitaire et médicosocial. Les membres du groupe de travail font état d'une stigmatisation des patients psychiatriques qui reste très/trop présente.</p> <p>Parallèlement, l'articulation avec les acteurs du champ sanitaire et médicosocial doit être renforcée. En effet, choisir son lieu de vie ne peut se concevoir sans une aide à la vie quotidienne qui garantisse un parcours sécurisé, un accompagnement vers l'autonomie, une qualité de vie et une participation à la vie sociale et citoyenne.</p> <p>Il s'agit donc aussi pour les professionnels de la psychiatrie de :</p>
-------------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Proposer une alternative aux hospitalisations de longue durée ; • Travailler sur les sorties d'hospitalisation pour des personnes sans logement, ou ayant un logement non adapté ; • Eviter le risque de rechute et de décompensation ; • Permettre à l'usager d'acquérir ou de rétablir des conditions de vie autonome. <p>Dès lors, les objectifs de cette action doivent entrer en résonance avec ceux de l'action n°18 dont l'objectif est le renforcement du programme de réhabilitation psychosociale à l'échelle du territoire.</p>
<p style="text-align: center;">Objectifs</p>	<p>Les objectifs de cette fiche s'inscrivent dans la perspective du développement d'hébergements plus nombreux et plus adaptés, du développement des outils de maintien dans le logement, ainsi que d'une meilleure articulation avec les dispositifs de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Identifier les partenaires de ce réseau (Service Intégré de l'Accueil et d'Orientation, Réseau Veille Sociale Guadeloupe) → Développer et diversifier les offres de logements, d'hébergements d'urgences et transitionnels (CHRS, pensions de familles, maisons gouvernantes, appartements communautaires, accueil familial, etc.) ; → Favoriser l'accès au logement (« housing first ») ; → Renforcer les dispositifs de maintien dans le logement (portage de repas, etc.) ;
<p style="text-align: center;">Indicateurs de suivi de l'objectif</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Nombre de places d'hébergement sur le territoire (en fonction des typologies de logement : logements autonomes, CHRS, familles gouvernantes, etc.) ; → Nombre de patients en attente de logement (en fonction des typologies de logement : logements autonomes, CHRS, familles gouvernantes, etc.) ; → Nombre de patients ayant quitté le sanitaire dans les cinq années à venir.

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Identifier l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de l'hébergement		T1 2020
Réaliser un état des lieux, une typologie des logements accessibles aux personnes souffrant de troubles psychiques en fonction de leur autonomie		T1 2020
Réaliser un état des lieux des dispositifs de maintien dans le logement (portage de repas, etc.)		T1 2020
Evaluer les besoins d'hébergement (par catégorie)		T2 2020
Evaluer le besoins en dispositifs de maintien dans le logement		T2 2020
Penser/Créer un dispositif de coordination pour l'accès au logement des personnes souffrant de troubles psychiques		T2 2020
Ecrire une convention type entre les bailleurs sociaux, la psychiatrie, les municipalités, le CLSM		T2 2020
Envisager éventuellement une expérimentation pour tester ce nouveau dispositif partenarial		T3 2020
Mettre en place une démarche d'évaluation du dispositif de coordination, notamment pour analyser les échecs d'autonomisation, les retours d'expérience des usagers, etc.		T3 2020

Annexe 1 : Sources des données statistiques

Site INSEE :

- <https://www.insee.fr/fr/information/2008354>

Géoclip :

- <https://france-decouverte.geoclip.fr/#c=report&chapter=rpop&report=r01&selgeo1=epci2019.243100518&selgeo2=fra.99>

STATISS :

- <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/frames/fr.asp-prov=BT-depar=CC.htm>

Atlas de santé mentale :

- http://santementale.atlasante.fr/#s=2012-2013;f=TMS;l=fr;i=tms_ag_to3.tms49;v=map4

SAE :

- <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

Annexe 2 : Liste des tableaux et des figures

Figure 1 : Dimensions d'analyse et méthode de construction du DTPSM	11
Figure 2 : Axes opérationnels identifiés par la gouvernance du projet	13
Figure 3 : Synthèse de la démarche méthodologique de construction du PTSM de Guadeloupe (source : CNEH)	14
Figure 4 : Projections d'évolution de la population pour 2030 (source : données INSEE 2017)	19
Figure 5 : Indicateurs socio-économiques clés en lien avec l'état de santé mentale (source : données INSEE 2016 via Scansanté)	20
Figure 6 : Répartition de la population de 15 ans ou plus par CSP (Source : INSEE, RP 2014).....	22
Figure 7 : Allocations et prestations aux personnes handicapés (Source : DREES STATISS 2017).....	23
Figure 8 : Répartition des troubles psychiques dans l'enquête SMPG 2014 (Source : ORSAG)	25
Figure 9 : Taux standardisés de mortalité par troubles mentaux, psychoses alcooliques et suicides pour 100 000 habitants (Source : scoresanté, données 2017)	25
Figure 10 : Taux standardisés de consommation de médicaments (source : Atlas de santé mentale, données 2015).....	26
Figure 11 : Analyse comparée des taux de recours aux soins hospitaliers de santé mentale en volume de patients pour 10.000 assurés du RG et SLM (source : atlas de santé mentale 2015)	27
Figure 12 : Analyse comparée des parts de patients hospitalisés par pathologie passant par les urgences (source : atlas de santé mentale 2015).....	30
Figure 13 : Taux de recours en file active hospitalière pour 100.000 personnes de plus de 65 ans (source : CNAMT via Atlas de santé mentale, données 2015)	31
Figure 14 : Taux de recours en file active pour 10.000 personnes détenues (source : RIMP via Atlas de Santé mentale, données 2016).....	32
Figure 15 : Taux d'équipement en lits et places d'hospitalisation pour 1000 habitants de 0 à 16 ans (source : INSEE, données 2016).....	34
Figure 16 : Taux d'équipement en ETP de personnel hospitalier dans les ESPIC et l'EPSM pour 100.000 personnes de plus de 16 ans (source : atlas de santé mentale, données 2016)	35
Figure 17 : Taux d'équipement en ETP de personnel hospitalier dans les ESPIC et l'EPSM pour 100.000 personnes de moins de 16 ans (source : atlas de santé mentale, données 2016)	36
Figure 18 : Taux d'équipement pour l'accueil des enfants et adolescents handicapés (Source : DREES STATISS 2017).....	36
Figure 19 : Taux d'équipement pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (source : DREES STATISS 2016).....	37
Figure 20 : Taux d'équipement pour 1000 habitants de 75 ans et plus (source : DREES STATISS 2019, données 2015).....	38
Figure 21 : Volume des suivis en amont et aval des hospitalisations selon les pathologies des patients tous âges confondus en Guadeloupe (et en France métropolitaine) (source : atlas de santé mentale 2015).....	39
Figure 22 : Parts des patients hospitalisés à temps plein n'ayant pas déclaré de médecin traitant tous âges confondus (Source : données SNIIRAM 2012-2013 via Atlas de santé mentale)	40
Figure 23 : Parts des patients hospitalisés à temps plein sans contact avec un médecin traitant deux mois après la sortie tous âges confondus (Source : données SNIIRAM 2012-2013 via Atlas de santé mentale)	40
Figure 24 : Taux d'équipement en dispositifs de soutien aux aidants pour 100.000 habitants (source : atlas de santé mentale, données 2016)	41
Figure 25 : Part des patients ayant bénéficié de soins somatiques (soins dentaires, gynécologiques, ophtalmologiques) ou d'actes de prévention classiques (hémogramme, glycémie, cholestérol) dans les deux ans qui suivent la sortie d'hospitalisation (source : SNIIRAM via atlas de santé mentale, données 2012-2013)	42
Figure 26 : Unités de l'EPSM de Guadeloupe (source : données internes 2018).....	106

Tableau 1 : Répartition de la population de la Guadeloupe par secteur (source : INSEE données 2015)	17
Tableau 2 : Structure de la population par classe d'âge en Guadeloupe (source : INSEE données 2015)	18
Tableau 3 : Répartition de la population des intersecteurs par classes d'âge (source : INSEE données 2015) .	18
Tableau 4 : Espérances de vie comparées (source : données DREES STATISS 2016).....	24
Tableau 5 : Comparaison des taux de recours en psychiatrie entre la Guadeloupe et la France métropolitaine (source : scansanté, données 2018)	27
Tableau 6 : Taux de recours par type de prise en charge selon la provenance des patients infanto-juvéniles (source : scansanté 2017)	28
Tableau 7 : Taux de recours par type de prise en charge selon la provenance des patients adultes (source : scansanté 2017)	29
Tableau 8 : Volumes et densités de praticiens libéraux en Guadeloupe (source : DREES 2020, INSEE 2017) .	33
Tableau 9 : Cartographie de l'offre paramédicale libérale en Guadeloupe (source : INSEE 2016 via Géoclip)	34
Tableau 10 : Taux d'équipement en lits et places d'hospitalisation pour 1000 habitants de plus de 16 ans (source : INSEE, données 2016).....	35

Annexe 3 : Organisation des secteurs de psychiatrie en Guadeloupe en 2020

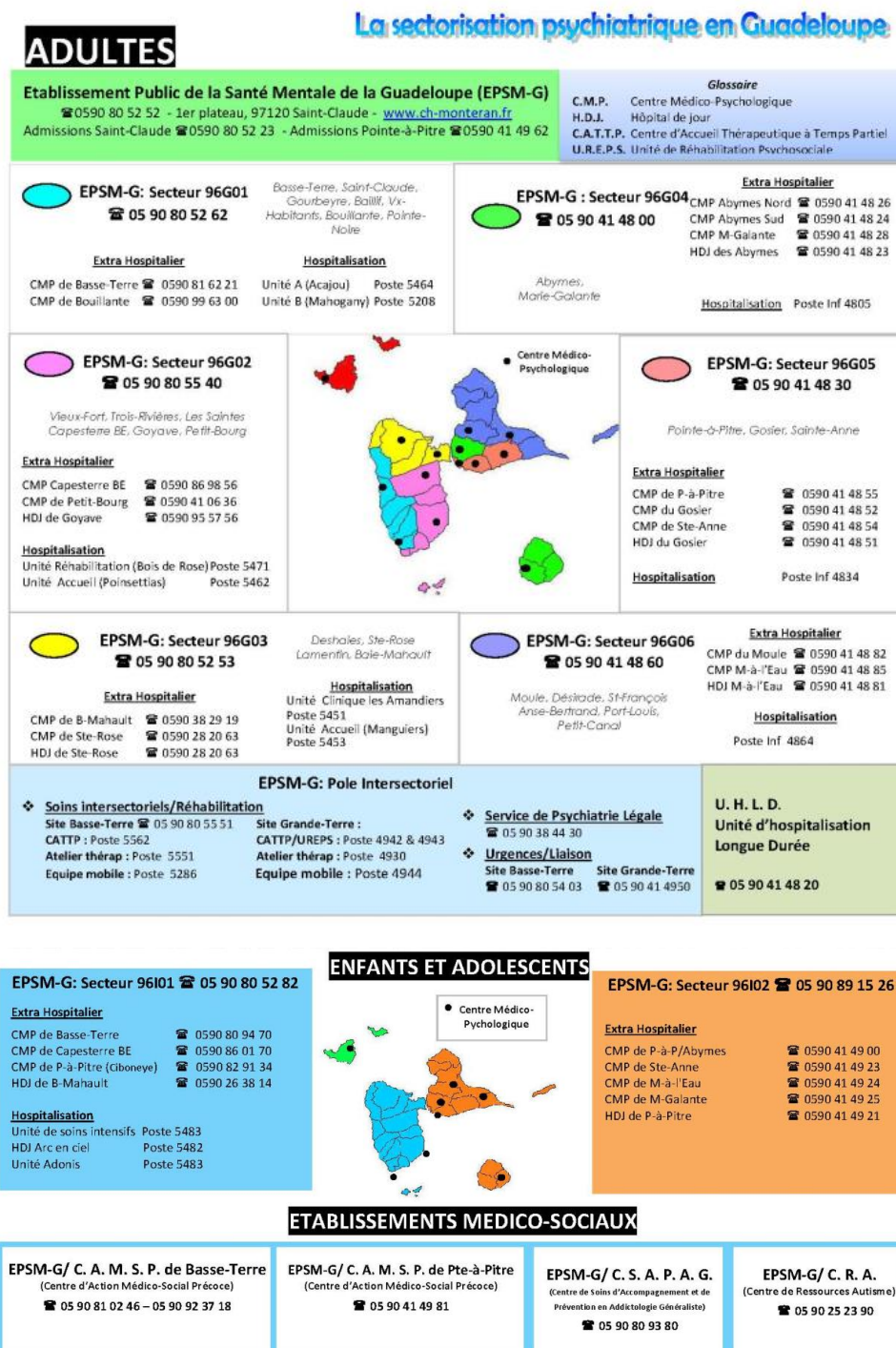


Figure 26 : Unités de l'EPSM de Guadeloupe (source : données internes 2018)

Annexe 4 : Liste des actions opérationnelles

Axe 1 : l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux (adultes)	
Formation et interconnaissance	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer un livret pratique ou une application pour le repérage des signes précoces • Développer des supports d'informations spécifiques à chaque population (adolescents, personnes âgées) sur les dispositifs existants et missions (réseaux sociaux pour les jeunes et calendrier pour les personnes âgées) • Mettre en place la formation des infirmières en pratique avancée
Evaluation de situations	<ul style="list-style-type: none"> • Faire une communication sur PAS pour l'accès aux droits des populations vulnérables • Revoir la politique de transport pour les populations fragiles (VSL, taxi, Uber) • Fluidifier l'accès aux diagnostics et soins chez le MG
Réorganisation et adaptation des structures	<ul style="list-style-type: none"> • SMPR adapter la réorganisation des soins pour éviter stigmatisation, pour fluidifier relation entre les différents professionnels soignants et gardiens • Création de poste de mandataires supplémentaires • Changer la dénomination des CMP • Repenser la semaine de la santé mentale • Développer la téléconsultation • Développer l'envoi du courrier au MG • Mettre en place l'appel de la veille dans les CMP
Evolution de l'offre	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des places en Mas/FAM, appartement social, et FAT • Élargissement des plages horaires des CMP • Étudier le remboursement des consultations de psychologues libéraux
Concertation/ Partage d'information/ Mixité des accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> •

Axe 1 : l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux (enfants et adolescents)	
Formation et interconnaissance	<ul style="list-style-type: none"> • Former les professionnels et informer les parents sur les enjeux de la parentalité et la place du père • Former les professionnels de santé et la communauté éducative à la psychologie de l'adolescent • Repenser la sensibilisation à l'éducation à la vie affective et sexuelle des futurs parents
Evaluation de situations	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre systématique l'entretien prénatal (du 4ème mois) et mettre en place un entretien postnatal en maternité, avant le retour à domicile • Accompagner spécifiquement les parents qui ont une problématique de santé mentale
Réorganisation et adaptation des structures	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une structure de prise en charge des grossesses précoces • Renforcer les équipes CMP • Adapter la MDA aux nouveaux besoins en centralisant les dispositifs de repérage, diagnostic et prise en charge des adolescents
Evolution de l'offre	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser des coordinations de 2 types : santé scolaire-PMI-CAMSP et PMI-maternité-CAMSP • Préciser les rôles et missions de l'ASE • Créer un centre de référence et de compétence en pédopsychiatrie tout en renforçant les effectifs spécialisés dans les structures existantes • Créer une école des parents • Créer une unité d'hospitalisation à temps plein pour les adolescents
Concertation/ Partage d'information/ Mixité des accompagnements	<ul style="list-style-type: none"> • Nommer un coordinateur de parcours pour éviter les ruptures d'accompagnement • Créer des espaces de coordination et d'écoute pour les parents et pour les professionnels • Mettre en place des réunions interinstitutionnelles et intra-institutionnelles d'analyses de pratiques et de concertation pluri-professionnelle

Axe 2 : L'organisation du parcours de santé et de vie de qualité sans rupture en vue du rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques graves et de leur insertion sociale (coordination des acteurs)	
Formation et interconnaissance	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer une stratégie de communication et d'information en santé mentale (veille informative, actions tout au long de l'année, usagers familles, professionnels, SISM, CLSM) • Former et sensibiliser les professionnels à la coordination de parcours • Mutualiser la formation des professionnels sur l'ensemble du territoire • Développer les formations à l'attention des professionnels de 1ere lignes (intervenants à domicile etc.) • Développer et pérenniser les programmes d'Education Thérapeutique du Patient
Evaluation de situations	<ul style="list-style-type: none"> • Formaliser les parcours de soins sans ruptures • Eviter les ruptures dans les parcours liés aux transitions d'âges (privilégier le projet de vie de l'utilisateur, décloisonner les institutions) • Eviter les ruptures dans les parcours de soins (favoriser l'alliance en évitant la contrainte, développer les programmes ETP) • Identifier les partenaires de ce réseau (Service Intégré de l'Accueil et d'Orientation, Réseau Veille Sociale Guadeloupe)
Réorganisation et adaptation des structures	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser l'accès à la réhabilitation (structures de proximités + intersectoriel, sanitaire, sociale et médico-sociale) • Répartir les structures de proximité sur le territoire et élargir les dispositifs (SAVS, UREPS, SAD, Sectorisation) • Adapter les horaires d'ouvertures des services d'accueils • Renforcer les dispositifs de maintien dans le logement (portage de repas etc.)
Evolution de l'offre	<ul style="list-style-type: none"> • Développer les alternatives à l'hospitalisation (maisons relais, Accueil Familiale Thérapeutique etc.) • Développer et diversifier les offres de logements, d'hébergements d'urgences et transitionnels (CHRS, pensions de familles, maisons gouvernantes) • Développer des partenariats avec les employeurs publics et privés • Créer des établissements spécialisés et des dispositifs spécifiques (lycée collège médicalisé, unité d'enseignement externalisés, IME autistes) • Accompagner et développer les GEM sur l'ensemble du territoire (Saint-Martin, Nord Grande-Terre) • Développer les partenariats avec les dispositifs en milieu ordinaire et en milieu adapté • Favoriser la mobilité des usagers en élargissant l'offre de transport

	<ul style="list-style-type: none"> • Développer les dispositifs d'accompagnement aux familles (Répit, soutien, favoriser l'autonomie, information, formation, sensibilisation, pro famille)
<p>Concertation/ Partage d'information/ Mixité des accompagnements</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formaliser les partenariats avec les associations d'utilisateurs et familles • Avoir une cartographie claire des structures et dispositifs de prise en charge (Répertoire Opérationnel des Ressources, Pôle de Compétences Prestations Externalisées) • Conventionner avec les professionnels de villes • Développer les réseaux de partenariats (Police, justice, Bailleurs, etc.) • Formaliser les partenariats entre les structures sanitaires sociales et Médico-Sociale • Faire connaître les dispositifs d'accès et d'accompagnement à l'emploi (emploi accompagné, aborder les problématiques des rechutes sur le lieu de travail) • Favoriser les liens entre les professionnels (Pédopsychiatrie – Education Nationale; Etablissements de santé pour l'élaboration des plannings) • Développer les accompagnements (médecins scolaires, AVSI, NEUROPSY etc.) • Faire adhérer conjointement l'utilisateur et sa famille à la construction des projets de vie • Prendre en charge les familles à cas multiples (VAD conjointes pédopsychiatrie/ psychiatrie adulte)

Axe 3 : L'organisation des conditions d'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins	
Formation et interconnaissance	<ul style="list-style-type: none"> • Former et prévenir les médecins/psychiatres/soignants aux pathologies les plus développées chez les personnes atteinte d'Handicap Psychique • Formaliser des partages d'expériences somaticiens / psychiatres • Intégrer dans la formation initiale des soignants une sensibilisation aux liens entre troubles somatiques et psychiques • Former les professionnels de 1^{er} lignes (agents d'accueils etc.) • Travailler sur les représentations et la dé stigmatisation de la Maladie Psychique et des structures d'accueil (IME,MAS etc.)
Evaluation de situations	<ul style="list-style-type: none"> • Permettre l'accès à un médecin traitant pour chaque usager • Mise à jour des droits • Mise à jour durant la période d'hospitalisation • Eduquer les usagers aux bons réflexes d'utilisation de la carte vitale • Améliorer la coordination entre professionnels • Systématiser la transmission des Compte Rendus d'hospitalisations et de consultations • User de locaux de consultations partagés (maisons médicales polyvalentes, pluri professionnels) en intégrant la psychiatrie • Désigner des coordonnateurs de parcours • Formaliser les fiches de liaison entre les structures • Améliorer la prise en charge somatique des personnes atteintes de troubles psychiques • Pointer précisément les troubles somatiques lors des consultations
Réorganisation et adaptation des structures	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les dépistages des troubles somatiques (cancer, problèmes dentaires) • Améliorer le suivi et la prévention des maladies chroniques (obésité, diabète) • Améliorer l'accueil aux urgences psychiatres (48/72h) • Améliorer l'accueil des personnes souffrants de Handicap Psychique dans les autres services de soins • Réduire les délais de Prise En Charge • Plateforme d'orientation, maisons médicales, équipes mobiles, dispositifs itinérants • Améliorer la réalisation du bilan somatique complet aux urgences • Assurer le suivi des activités de Prise En Charge après la sortie (sports adaptés, suivi diététique etc.) • Appliquer et Adapter les dispositifs nationaux sur le territoire et les faire connaître • Prescription d'activités sportives adaptés, difficultés de Prise En Charge Sécurité Sociale + mutuelles, consolider les liens avec la DJSCS
Evolution de l'offre	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir des centres d'accueil pluri professionnels conventionnés par la SS + Mutuelles (difficultés de ressources, diététicien, nutritionniste, kiné, dentiste, ophtalmo etc.) • Développer les dispositifs itinérants: équipes mobiles, bus sanitaire etc.

	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter les places d'hospitalisation pédopsychiatrie/adultes (difficultés d'hospitalisations) • Assurer les suivis après sorties et notamment post opératoire (HAD, VAD conjointes Psy/HAD/CMP/SSIAD etc.) • Elaborer un dossier médical unique
<p>Concertation/ Partage d'information/ Mixité des accompagnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des réseaux ou liens afin de réduire le cloisonnement entre professionnels (CLSM, conventions, Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé, Répertoire Opérationnel des Ressources) • Rendre plus lisible les dispositifs de soins • Améliorer l'accessibilité des établissements de soins (téléphone)

Axe 4 : L'ORGANISATION DES CONDITIONS DE LA PREVENTION ET GESTION DES SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE	
Formation et interconnaissance	<ul style="list-style-type: none"> • FORMATION PLURIPROFESSIONNELLE (missions, maladie mentale, attitudes, échanges entre professionnels) • Compléter la formation initiale par des modules sur la gestion de crise et de situation post traumatique
Evaluation de situations	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse chiffrée des besoins de places en ITEP • Analyse de la liste d'attente pour l'entrée en ITEP • Evaluation de l'activité actuelle des CMP • Promotion de l'usage du carnet de santé auprès des médecins généralistes • Uniformisation de la rédaction des certificats médicaux afin d'éviter les mains levées
Réorganisation et adaptation des structures	<ul style="list-style-type: none"> • Education nationale : Gradation de l'offre UE-UEE (unité d'enseignement externalisé) • Développer l'aller vers des CMP et créer des points d'échanges dans la cité • Création d'un coordonnateur de parcours et d'une équipe dédiée
Evolution de l'offre	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'équipes mobiles pluri-professionnelle médico social/sanitaire enfants/adulte • Création de places en HDJ/maison verte • Création de places en famille d'accueil spécialisées(thérapeutiques) pour les populations en IME et ITEP • Création de places en famille de répit (de relai) enfants/adultes • Organisation de séjours de vacances adaptées organisées • Création de transports sanitaires par les établissements (EPSM/CHU) • Recrutement de familles d'accueil (modalités de recrutement en lien avec le handicap) • Création d'un CAC • Désignation d'un médecin d'astreinte pour la rédaction des certificats médicaux (JLD) • Désignation de référents de quartier dans le cadre de la participation citoyenne en lien avec la police municipale • Guichet unique accessible au grand public, aux professionnels de santé et aux familles
Concertation/ Partage d'information/ Mixité des accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> • Guichet unique accessible au grand public, aux professionnels de santé et aux familles • Création d'un service de documentation accessible

Axe 5 : L'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles	
Formation et interconnaissance	<ul style="list-style-type: none"> • Former les personnels soignants aux pratiques professionnelles recommandées dans la prise en charge des personnes souffrants de troubles psychiques • Sensibiliser les acteurs de 1^{ère} ligne au vécu des troubles psychiques • Développer les approches de la démarche communautaire en santé dans les pratiques d'accompagnement social • Organiser la rencontre entre professionnels de santé et tradipraticiens • Mettre en place des programmes de psychoéducation et des programmes d'ETP en faveur des aidants • Construire un DU sur le rôle et la posture des aidants familiaux en contexte de handicap psychique • Développer et former les familles d'accueil social en complémentarité avec les familles d'accueil thérapeutique
Evaluation de situations	
Réorganisation et adaptation des structures	<ul style="list-style-type: none"> • Développer les dispositifs de visites à domicile dans l'intérêt de la personne en souffrance et de l'aidant à la fois • Développer les dispositifs d'accompagnement à la reprise du travail pour les personnes ayant décompensé au travail • Recruter des "préposés" directement rattaché à l'hôpital pour accompagner les patients sous tutelle • Recourir aux TISF comme solution alternative au déficit de mandataires judiciaires (cependant le partenariat TISF/MJ doit être cadré pour éviter les dérives) • Favoriser l'entrée de la psychiatrie dans les maisons de santé pluridisciplinaires • Conforter le médecin traitant / généraliste dans son rôle de référent du parcours de santé et de pivot du système de santé
Evolution de l'offre	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvrir des services supplémentaires pour augmenter la démographie des mandataires judiciaires • Créer une offre d'accompagnement juridique à la défense des droits des personnes souffrant de troubles psychiques • Développer un espace éthique régional en santé mentale • Mettre en place 1 dispositif de veille (rattaché à la commission "droit des usagers" de l'ARS) sur le respect de l'ensemble des droits des usagers • Développer des outils d'informations numériques
Concertation/ Partage d'information/ Mixité des accompagnements	<ul style="list-style-type: none"> • Formaliser le partenariat pluridisciplinaire et interinstitutionnel (direction de l'autonomie, mandataires judiciaires, travailleurs sociaux, familles d'accueil) pour des placement plus favorables à la santé des patients et au respect de leurs droits • Encourager le partenariat avec les bailleurs sociaux pour améliorer l'accès au logement des personnes souffrant de troubles psychiques

Axe 6 : L'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale		Cadre de vie
Formation et interconnaissance	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser une culture commune autour de la santé mentale Mettre en place des études d'impact en santé 	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser le développement des GEM à l'intérieur des quartiers Informers et sensibiliser les bailleurs et résidents sur la santé mentale pour accompagner le vivre ensemble Sensibiliser les élus sur le lien santé mentale et urbanisme en lien avec les EPF et les CAUE
Evaluation de situations	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des études d'impact en santé 	
Réorganisation et adaptation des structures	<ul style="list-style-type: none"> Rendre praticable et sécuriser les P3S pour les Personnes en situation de handicap et assurer le renouvellement et l'entretien de ces espaces Mieux exploiter et développer les NTIC pour réduire les distances entre les acteurs notamment par rapport au territoire en double et triple insularité (équipement et développement de la vidéo conférence) Évaluer le dispositif Caraïbes Trauma qui n'a jamais fonctionné Mettre en place et développer des habitats inclusifs, intergénérationnels Développer et renforcer les GEM 	<ul style="list-style-type: none"> Inclure des espaces bien-être dans les projets d'aménagement urbain (espace ludiques, sportif, culturel) entretenus par la collectivité et gérés par les habitants
Evolution de l'offre	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des taxis conventionnés (transport) aussi bien pour le patient que pour un accompagnant pour les consultations santé mentale Faire un plaidoyer pour le développement de l'offre de transport en commun en Guadeloupe et dans les îles du Nord Organiser une consultation publique sur un plan mobilité douce en Guadeloupe 	<ul style="list-style-type: none"> Développer des habitats inclusifs pour les personnes stabilisées Augmenter l'offre en termes de CHRS ; maisons relais Créer un observatoire du logement en Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélémy
Concertation/ Partage d'information/ Mixité des accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer la question de la santé mentale dans les commissions de coordination des politiques publiques 	

Axe 6 : L'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale	Environnement social	Individuel
Formation et interconnaissance	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les compétences parentales avec l'école des parents • Identifier et former des mandataires judiciaires • Renforcer le rôle des TISF dans l'objectif de suppléer le mandataire dans la partie opérationnelle de son intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le programme de développement des compétences psychosociales mis en œuvre par l'IREPS et touchez l'ensemble des établissements scolaires d'ici 5 ans. • Renforcer et développer l'école des parents sur tout le territoire y compris dans les Iles du Nord avec des approches pédagogiques valorisant la communication non violente et bienveillante au sein des familles • Initier « Une semaine des parents », à organiser une fois par an • Organiser un séminaire de l'école des parents et des éducateurs, tous les 2 ans • Mettre en place une campagne régionale d'affichage pensée par les acteurs de la petite enfance sur le modèle de « Être parents, c'est... » • Mettre en place et développement des formations à destination des parents sur les stades de développement de l'enfant • Financer et accompagner la mise en place et la formation de pairs aidants • Mettre en place un programme biennal et expérimental de formation des responsables associatifs (bénévoles ou salariés) en contexte de santé mentale sur les aidants ;
Evaluation de situations		
Réorganisation et adaptation des structures	<ul style="list-style-type: none"> • Développer les dispositifs de répit en direction des familles concernées par la santé mentale • Développer l'offre d'accompagnement des familles de 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer et étendre sur les territoires l'offre de service des structures de type Maison des Adolescents pour accompagner les familles, les adolescents et les familles en difficulté

	<p>personnes atteintes de troubles psychiques,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les structures de type Maison des adolescents (MDA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une coordination des réseaux d'aide et d'appui à la parentalité, afin de favoriser le partage d'expérience et le travail en réseau • Dresser un état des lieux de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique, en Guadeloupe et dans les Iles du Nord
<p>Evolution de l'offre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'autonomie financière des jeunes à travers des dispositifs tels que les PASS Jeunes (mobilité, santé, culture, insertion) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des interventions précoces autour des CPS dès la petite enfance (intervention à domiciles avant et pendant la scolarisation et auprès des femmes enceintes) notamment auprès de familles cumulant des vulnérabilités socio-économiques, à articuler avec l'action gouvernementale des 1000 premiers jours de l'enfant • Initier un appel d'offre sur l'implémentation d'une Maison régionale des Aidants en Guadeloupe
<p>Concertation/ Partage d'information/ Mixité des accompagnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer des outils d'information sur les dispositifs existant pour accompagner les familles • Renforcer l'accompagnement personnalisé des familles avec l'appui des TISF • Valoriser l'image du ou de la chef-fe de famille 	

Axe 6 : L'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale	Société	Territoire	Acteurs sociaux
Formation et interconnaissance	<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser les entreprises sur le recrutement des personnes en situation de handicap 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un plan et sensibiliser sur la prévention des risques majeurs Communiquer sur le CAT pendant et en amont des risques majeurs Mettre en place des formations sur les syndromes post traumatiques Élargir les exercices de mise en place de divers plans blanc 	<ul style="list-style-type: none"> Développer la formation des Pairs Aidants, relais communauté ou patients sachants Renforcer la communication sur les formations continues de l'UA
Evaluation de situations			<ul style="list-style-type: none"> Créer une plateforme pour orienter et informer les usagers et les professionnels Renforcer la PTA sur les pathologies Psychiques Investir dans des équipements sécurisés de visioconférences, téléconsultation à Saint-Barthélémy ; Saint-Martin ; Marie-Galante ; Les Saintes ; La Désirade
Réorganisation et adaptation des structures	<ul style="list-style-type: none"> Développer des filières et mettre en place une vraie politique de l'emploi en général et celui des personnes en situation de fragilité psychique en particulier en Guadeloupe 	<ul style="list-style-type: none"> Décentraliser les moyens d'intervention en cas d'impossibilité des acteurs locaux à agir lors des risques majeurs et les plans blancs 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les équipes de CPM à Saint-Barthélemy et Saint-Martin Promouvoir et soutenir les solutions mobilisant les nouvelles technologies pour réduire l'isolement géographique des îles du Nord

			<ul style="list-style-type: none"> • Étoffer l'accompagnement de proximité des majeurs protégés
Evolution de l'offre			<ul style="list-style-type: none"> • Interroger la reproductibilité du dispositif type ERCI (Équipe rapide d'intervention de crise) • Créer ou renforcer les structures de vie (MAS) • Créer et renforcer les espaces et dispositifs de répit • Rendre visible et développer les maisons de service public pour renforcer l'accompagnement des usagers dans l'accès aux droits • Financer la création des mesures d'accompagnement social personnalisés
Concertation/ Partage d'information/ Mixité des accompagnements	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la création locale pour les supports pédagogiques, les médias pour encourager la représentativité, la déstigmatisation (la question de l'identité culturels et de la représentativité dans un pays) • Communiquer sur les médias traditionnels et en complémentarité s'approprier et utiliser les réseaux sociaux pour sensibiliser sur la santé mentale • Utiliser les outils de démocratie sanitaire pour diffuser des supports et de la production sur la santé mentale • Élaborer un plaidoyer pour le maintien de l'AME pour les migrants 	Mettre en place des cellules psychologiques en cas de survenu de risques majeurs	<ul style="list-style-type: none"> • Informer et sensibiliser le grand public sur la santé mentale tout au long de l'année • Initier des JPI pour démystifier et changer de regard sur la SM • Renforcer la communication sur les formations continues de l'UA

	et en cas de troubles psychiques		
--	-------------------------------------	--	--

Axe 7 : Prise en charge des personnes placées sous main de justice souffrant de troubles psychiques

<p>Formation et interconnaissance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Former les personnels pénitentiaires au dépistage des troubles et fragilités psychiques (exemple du risque suicidaire) • Former les équipes de prévention spécialisée de à la philosophie et à la pratique du signalement en vue d'une coopération efficace autour du repérage des situations de vulnérabilités
<p>Evaluation de situations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le repérage des vulnérabilités dès l'enquête (avant entrée en détention) par le médecin expert en vue de favoriser une orientation/prise en charge adéquate
<p>Réorganisation et adaptation des structures</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Développer es hospitalisations à temps plein pour les PPSMJ souffrant de pathologies psychiques • Organiser les relais nécessaires permettant de maintenir le lien thérapeutique et d'assurer la continuité des soins après la détention • Consolider la mission d'évaluation santé réalisé par le psychologue PJJ et de formulation d'orientation en fonction des besoins repérés (étude des réponses les mieux adaptées pour le jeune) • Recentrer l'organisation de la sortie de détention au niveau du service assistante sociale plutôt qu'au niveau du SMPR pour un meilleur suivi de la prise en charge
<p>Evolution de l'offre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des structures pluridisciplinaires spécialisées sans hébergement pour les PPSMJ et les sortants de prison • Nommer un médecin psychiatre référent spécifiquement pour le public mineur au niveau des CMP • Créer une structure d'accueil pluridisciplinaire avec hébergement pour répondre au besoin d'insertion des "sortants de prison" (passerelle vers l'autonomie)
<p>Concertation/ Partage d'information/ Mixité des accompagnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les coopérations entre les acteurs de la justice et ceux de la santé • Développer les partenariats avec les Maisons Départementales de Solidarité (mission locale, ...), la Maison de la justice et du droit (information sur les droits) et les Centres de Santé (planning familial, maison de santé, ...)

Axe 8 : FILIERES PERSONNES AGEES

<p>Formation et interconnaissance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser à la Charte des droits et libertés • Mettre en place des formations régulières des professionnels (humanité, bienveillance, prévention maltraitance) • Sensibiliser et informer les professionnels à domicile aux signes d'alerte d'épuisement des familles • Lister les besoins en formation des acteurs et les faire remonter systématiquement par les responsables formation aux instances • Proposer des formations adaptées pluridisciplinaires et des mises à jour sur le territoire, y compris pour les paramédicaux et les psychologues et veiller à la pertinence du choix des formateurs (manque de vécu de certains formateurs) • Financer la mise en place de formations transversales ou mutualiser les moyens • Inclure dans le plan sectoriel les formations à mutualiser dans le secteur de la psychiatrie. • Formaliser l'évaluation des formations par l'élaboration d'outils adaptés (impact de la formation sur la structure et sur les pratiques) • Sensibiliser les Médecins traitants sur leur rôle pivot dans la prise en charge des problématiques GERIATRIQUES ET PSYCHIATRIQUES dans le cadre des CPTS
<p>Evaluation de situations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place de façon systématique l'évaluation de la personne dès l'apparition des plaintes et des signes • Créer une grille AVO spécifique à la santé mentale permettant une prise en compte des soins relationnels et occupationnels (à l'instar de l'outil MAP de l'UNAPEI) • Créer ou optimiser une plateforme numérique d'orientation des professionnels (sanitaire, Medico social, social et ville) • Mettre en place des réunions pluridisciplinaire pour échanger sur les cas complexes • Mettre en place coordination psychiatre + généraliste • Créer une équipe mobile interdisciplinaire médecin gériatre, psychiatre, IDE de pratique avancée, professionnels du médico social, secrétaire (implication et lien avec le DPAPH) • Formaliser le recueil du consentement de la personne en association avec la famille si nécessaire dans les documents contractuels
<p>Réorganisation et adaptation des structures</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Créer les CPTS et mettre en place une articulation avec équipe mobile GERIATRIQUE ET PSYCHIATRIQUE unique • Favoriser l'intégration des CMP dans les maisons pluridisciplinaires de santé • Optimiser la coordination du parcours de soins par les professionnels par la mise en place du DMP • Formaliser des partenariats par des conventions en respectant les cahiers des charges • Créer UHR et UCC en nombre suffisant en fonction de la population cible
<p>Evolution de l'offre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Créer une équipe mobile unique GERIATRIQUE ET PSYCHIATRIQUE à domicile et en EHPAD (gériatre, psychiatre, psychologue, prof médicaux sociaux, IDE de

	<p>pratique avancée); une équipe pour Basse-Terre et une pour Grande-Terre et pour les dépendances</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place avec l'appui de l'EPSM la filière GERIATRIQUE ET PSYCHIATRIQUE pour le parcours de soins le recrutement du personnel adéquat • Mettre en place une équipe mobile GERIATRIQUE ET PSYCHIATRIQUE de l'EPSM (dans le cadre du GHT) • Créer une aide tripartite (ars, cgss, cd) pour aider les proches aidants à financer des places en hébergement de répit • Créer plus de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire pour les aidants familiaux et les proches aidants • Créer des places d'accueil de jour dans les EHPAD • Élargir les places d'HDJ des EHPAD (PASA) aux personnes souffrant de troubles psychiques • Réajuster la convergence tarifaire en fonction des besoins réels de chaque structure et du bassin d'implantation (territoires en double et triple insularité...) • Mettre en place une tarification de l'accompagnement psychologique par la sécurité sociale • Augmenter le nombre de places en MAS et favoriser l'accueil de l'enfant et du parent vieillissant de l'enfant handicapé • Augmenter la tarification pour les patients présentant des troubles psychiques dans les EHPAD, Hôpitaux et les SSIAD pour avoir le personnel adapté • Développer le libéral
<p>Concertation/ Partage d'information/ Mixité des accompagnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planifier des rencontres régulières et systématiques avec les mandataires • Intégrer les mandataires dans l'élaboration des projets personnalisés • Mettre en place des outils d'information des familles sur les solutions financières de répit disponibles en cas d'arrêt de travail de l'aidant ou en cas d'admission en institution • Réaliser des outils de communication et d'information (plaquette d'information) à remettre avec un numéro vert à appeler en cas de difficulté • Mettre en place et diffuser le parcours de soins de la personne âgée souffrant de troubles psychiques • Mettre en place des réunions pluridisciplinaire pour échanger sur les cas complexes

Axe 9 : PREVENTION DES TENTATIVES DE SUICIDE	
Formation et interconnaissance	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un dispositif de formation destiné aux professionnels et futurs professionnels gravitant autour de l'enfant • Inclure dans les formations initiales, une formation de repérage de la crise suicidaire. • Inclure la formation de repérage de la crise suicidaire, dans les plans de formations institutionnels (reconnaître les équivalent suicidaires + conduites à tenir; sensibilisation aux addictions) • Savoir reconnaître la plainte suicidaire • Syndrome de glissement comme équivalent suicidaire • Repérage de l'importance du risque • Former les professionnels de 1ere ligne • Accompagner les familles et personnes ressources • Dé stigmatiser la venue au SMPR • Formation/sensibilisation comment aborder la question du suicide dans les médias?
Evaluation de situations	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer un document clinique adolescent (distribution après formation) • Mettre en place dans l'immédiat une écoute active (entretiens) • Accompagner l'enfant repéré vers un professionnel(informer les parents) • Formaliser le Parcours du Suicidant
Réorganisation et adaptation des structures	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Urgences</u> • Formaliser une PEC spécifique de la personne en souffrance • Salle d'attente dédiée, lits réservés pour les TS • Identification dans le dossier médical • Systématiser l'entretien d'évaluation • <u>Pas d'hospitalisation</u> • Programmer un RDV en CMP • Réaliser un appel téléphonique en cas de NV • En cas d'échec prendre contact avec la famille/ personne ressource • <u>Hospitalisation autres services de soins</u> • Améliorer la psychiatrie de liaison (CHU/CHBT) • Renforcer les consultations de psycho-trauma • <u>Hospitalisation en psychiatrie</u> • Améliorer la PEC spécifique de la personne suicidant • Création d'unité dédié (accueil, structure physique, primo hospitalisation) • Améliorer les modalités d'accueil des PSMJ (service fermé, isolement, améliorer l'appréciation clinique) • <u>Mesures de protection</u> • Limiter l'accessibilité aux moyens(médicaments , armes) Précautions anti-suicidaires (accès au toit, ouverture limitée des fenêtres, verre sécuritaire, crochets, tringles, rideaux ne pouvant pas supporter le poids d'une personne etc.) • <u>Hospitalisation structures de soins privés</u> • Formation du personnel soignant • Renforcer les mesures de protection (chambres adaptés)

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>SMPR</u> • Améliorer les délais de RDV au SMPR • Préparer le retour en détention • Formaliser une fiche de liaison
<p>Evolution de l'offre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les équipes de psychiatrie de liaison • Améliorer les conditions en détention • Plateforme d'écoute et d'accompagnement • Renforcer la visibilité du dispositif SOS KRIZ • Création d'une cellule d'écoute départemental • Informer sur les lieux d'accueil et consultation • Positionner la MDA comme structure d'accompagnement pivot pour le public ados (envisager des antennes territoriales; informer autour du dispositif « promeneur du net ») • Développer des actions de prévention au plus proche des lieux de vies (associations sportives, clubs services etc) • Etablir une campagne d'information à l'attention du grand public/ prévention suicide • Conférence, réseaux sociaux, vidéos • Investir la journée mondiale du suicide • Mettre en place le dispositif VIGILANS • Informer les professionnels et familles du numéro vert d'écoute à l'attention des détenus
<p>Concertation/ Partage d'information/ Mixité des accompagnements</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Institutionnaliser les échanges de pratiques chaque année • Effectuer la liaison entre les institutions (établissements scolaires publics/privés et services de soins) • Formaliser et préparer le retour à l'école de la personne fragilisée (quand le passage à l'acte a été commis au sein de l'établissement scolaire) • Formaliser une fiche de liaison entre les services de soins des établissements scolaires et l'établissement de PEC (accord des parents; enfants perdus de vus, liens MT, IDE scolaire etc.) • Renforcer les liens entre psychiatrie et services gérontologiques • Renforcer les facteurs de protection (activités sportives, loisirs ...)

AXE 10 : prise en charge des personnes souffrant d'addictions	
Formation et interconnaissance	<ul style="list-style-type: none"> • Former et outiller les acteurs de terrain (médiateurs, éducateurs, équipiers de rue, acteurs de la prévention de la délinquance, ...) : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Au méthodes d'intervention efficace en prévention des conduites addictives ✓ Aux spécificités de l'accompagnement des publics cumulant problématiques d'addictions (avec ou sans substances) et troubles psychiques ✓ A prendre en compte l'environnement familiale dans les stratégies d'accompagnement • Développer les pratiques des professionnels des CSAPA dans le repérage et la prise en charge des addictions sans substances
Evaluation de situations	
Réorganisation et adaptation des structures	<ul style="list-style-type: none"> • Développer les consultations avancées en psychiatrie et en addictologie sur l'ensemble du territoire, au plus près des usagers, y compris dans les dépendances (exemple : structures mobiles telles qu'un bus itinérant) • Développer, dans les pratiques des CJC, l'allers vers" les lieux de vie du jeune (ex : dans les quartiers) avec l'appui des équipes de préventions spécialisées • Mettre en place une organisation permettant le repérage et l'orientation des femmes enceintes et des jeunes mères souffrant d'addictions par les professionnels de la périnatalité • Inciter les professionnels de santé libéraux à soutenir la prise en charge des patients • Élaborer un système de réponses urgentes adaptées aux situations de crise
Evolution de l'offre	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter les moyens dédiés à la prise en charge : offre d'hospitalisation de jour, effectifs de professionnels de santé et de travailleurs sociaux • Favoriser le développement d'intervention en milieu scolaire : actions de renforcement des compétences psychosociales des élèves
Concertation/ Partage d'information/ Mixité des accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> • Créer une interface commune entre la psychiatrie et l'addictologie (interopérabilité entre les logiciels CARIATIDE et proGdis) • Créer des passerelles entre les structures curatives et post-curatives