

1 - INTRODUCTION

- 1.1- Généralités
- 1.2- Méthode employée
- 1.3- Personnes rencontrées
- 1.4- Axes généraux en matière de psychiatrie

2 - LE CONTEXTE DE LA MARTINIQUE

- 2.1- Le contexte général
- 2.2- Le contexte sanitaire général
- 2.3- Le contexte sanitaire psychiatrique
 - 2.3.1- Quelques données historiques
 - 2.3.2- Le schéma régional d'organisation de la psychiatrie
 - 2.3.2.1- La psychiatrie générale
 - 2.3.2.2- La psychiatrie infanto-juvénile
 - 2.3.3- La carte sanitaire
 - 2.3.3.1- La psychiatrie générale
 - 2.3.3.2- La psychiatrie infanto-juvénile
 - 2.3.4- Le Centre Hospitalier de Colson
 - 2.3.4.1- La psychiatrie générale
 - 2.3.4.1.1- L'intrahospitalier
 - 2.3.4.1.2- L'extrahospitalier
 - 2.3.4.2- La psychiatrie infanto-juvénile

3 - NOS PROPOSITIONS

- 3.1- La psychiatrie générale
 - 3.1.1- Données introductives
 - 3.1.1.1- Aménager un dispositif demeuré hospitalocentrique
 - 3.1.1.2- La nécessaire restructuration du site de Colson
 - 3.1.1.3- Développer la couverture sanitaire
 - 3.1.1.3.1- Elargir l'éventail des pathologies traitées
 - 3.1.1.3.2- Prendre en compte la spécificité de la pathologie en Martinique
 - 3.1.1.4- Une évolution par étapes
 - 3.1.2- Maintien de la cartographie actuelle des secteurs
 - 3.1.3- Des lits de proximité au plus près des demandes
 - 3.1.4- Répondre aux urgences psychiatriques et développer la psychiatrie de liaison
 - 3.1.5- Recentrer l'hospitalisation plein-temps

- 3.1.5.1- Les coupes transversales
- 3.1.5.2- Répondre aux inadéquations
 - 3.1.5.2.1- L'existant
 - 3.1.5.2.2- Les actions à mener
- 3.1.6- Un impératif : continuer à développer l'extrahospitalier
 - 3.1.6.1- Renforcer et augmenter en nombre des pôles thérapeutiques extrahospitaliers de proximité pivots des soins de secteur : les CMP
 - 3.1.6.2- Développer la complémentarité et la collaboration avec le social et le médico-social
 - 3.1.6.3- Des leviers indispensables
 - 3.1.6.3.1- L'organisation de chaque pôle
 - 3.1.6.3.2- La définition des fonctions des acteurs
- 3.1.7- L'application aux divers secteurs
 - 3.1.7.1- Le secteur Nord-Caraïbe
 - 3.1.7.2- Le secteur Nord-Atlantique
 - 3.1.7.3- Le secteur Sud-Caraïbe
 - 3.1.7.4- Le secteur Sud-Atlantique
 - 3.1.7.5- Les secteurs Fort-de-France Est et Ouest

3.2- La psychiatrie infanto-juvénile

3.3- La psychiatrie pénitentiaire

1 - INTRODUCTION

1.1- Généralités

A la demande de Monsieur le Préfet de la Martinique, après des réunions préparatoires qui ont eu lieu les 6 février et 13 mars à Paris, la mission d'expertise établie par la mission nationale d'appui en santé mentale s'est déroulée du 8 au 19 mai 1995. Conformément à la demande initiale, cette démarche s'inscrit dans une perspective de planification à court et moyen terme. Ses conclusions ont pour objet d'aider les acteurs locaux dans leurs décisions et les équipes des services de psychiatrie dans leurs réflexions.

Cette mission technique n'a en aucune façon l'ambition de se substituer aux responsabilités des acteurs locaux. Elle n'est pas plus, une mission d'inspection. Elle veut, simplement et directement, ajouter et permettre un regard complémentaire, d'ordre professionnel, sur l'organisation de la psychiatrie, s'attachant à décrire un cadre général, un paysage global, en terme de faisabilité évitant de traiter des points particuliers. Elle a pour ambition, par l'analyse d'observateurs neutres, de proposer les grandes lignes d'un processus capable d'éclairer les acteurs autour d'idées force, de mettre en évidence des fils conducteurs susceptibles de faire progresser certains points d'une situation rencontrée, à un moment donné de l'histoire de la psychiatrie en Martinique.

Il reviendra, à l'ensemble des acteurs de se servir de ce document, de le faire vivre sur le terrain, de l'enrichir et de l'approfondir ou au contraire de le critiquer. Il apparaît nécessaire d'ajouter que le débat ainsi poursuivi, devra concerner toutes les composantes de la psychiatrie, discipline multidimensionnelle, et au delà continuer à inclure l'ensemble des acteurs médicaux et sociaux du département.

En préambule, il est également nécessaire d'ajouter que le temps passé sur place, certes trop court, a mis en évidence des champs de vision consensuels, au delà même de ce qui pouvait être attendu. Il revient donc aux responsables locaux et aux commanditaires de cette étude de s'interroger sur les suites à donner à la démarche induite par ce rapport. Dans cet esprit, il leur appartient de faire appel ou non, à un suivi ultérieur opéré par la mission nationale d'appui.

Si l'on a pu noter, en début de mission, de la part de quelques uns de nos interlocuteurs, une certaine prévention contre toute mission venant de métropole, cette prévention

due probablement aux différentes et nombreuses missions antérieures, s'est estompée, au fur et à mesure du déroulement de notre travail.

1.2- Méthode employée

La mission était composée de quatre personnes : un praticien hospitalier, un représentant de la Direction Générale de la Santé, un représentant de la Direction des Hôpitaux et un infirmier général. Elle s'est employée à visiter la plupart des sites hospitaliers, contacter et rencontrer les principaux acteurs du domaine concerné, en souhaitant offrir un lieu d'écoute, procédant par entretiens successifs, recueillant avis et suggestions. Elle a pu approfondir et recouper certains aspects à l'aide de documents administratifs ou médicaux mis à sa disposition. Un tel dialogue s'est maintenu dans un contexte permanent, instaurant véritablement un travail en réseau, même en dehors des déplacements sur sites, de façon particulièrement interactive. La réflexion s'est ainsi nourrie, au fur et à mesure des positions souvent évolutives de chacun.

Plusieurs séances de travail avec l'équipe de la DDASS (au début, en cours et en fin de mission), les représentants du département et de la région, le directeur de la Caisse Générale de Sécurité Sociale et ses collaborateurs, le bureau de l'Union Hospitalière, le Conseil d'Administration et la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier de Colson ont permis de véritables étapes intermédiaires, capables de dégager des positions communes aux acteurs que la mission présentait, du fait même de son rôle de tiers. Par ailleurs les groupes de réflexion constitués dans le cadre de la préparation du SDO, à l'évidence, ont favorisé une élaboration de qualité, ouvrant de larges perspectives. La rencontre des équipes de soins dans l'ensemble des unités intrahospitalières et dans de nombreuses unités extrahospitalières du centre hospitalier de Colson ont été riches d'enseignement et vécues comme des temps forts.

L'expérience commune ainsi acquise confirme, une fois de plus, l'aspect indispensable d'une réflexion interprofessionnelle au sein de la psychiatrie, confrontée à celle des autres intervenants de santé et du social, tutelles et élus inclus.

La mission a pu remarquer la parfaite collaboration des personnes concernées dans un esprit interprofessionnel, la chaleur de leur accueil, l'ampleur de leurs attentes. Il s'agit simplement de noter ici, que la qualité de l'expression de l'ensemble des acteurs rencontrés a toujours été constante et d'un excellent niveau.

1.3- Personnes rencontrées

- Mr le Préfet de Région
- Mr le Président du Conseil Régional
- Mr le Président de la Commission Santé du Conseil Général
- Mrs les I.G.A.S. régionalisés
- Mr le Directeur des Affaires Sanitaires et Sociales et ses collaborateurs
- Mr le Directeur des Services Administratifs du Département et un collaborateur
- Mr le Directeur de la Caisse Générale de Sécurité Sociale et ses collaborateurs
- Le Bureau de l'Union Hospitalière
- Les représentants de l'UNAFAM
- Mr le Directeur des Foyers de l'Association Myriam
- Mr le Directeur du Service d'Education Spéciale de Soins et d'Intégration Scolaire
- Les psychiatres libéraux

Centre hospitalier de Colson

- Mr le Président du Conseil d'Administration, Vice-Président du Conseil Général
- Des membres du Conseil d'Administration
- Monsieur le Directeur et ses collaborateurs
- Mr le Président de la Commission Médicale d'Etablissement
- Des praticiens hospitaliers, chefs et non chefs des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvéniles (dont le PU - PH), le pharmacien
- Mmes et Mrs les surveillants-chefs
- Des représentants des organisations syndicales (C.S.T.M., F.O., C.D.M.T./ U.G.T.M., S.P.H.)
- Des membres des équipes, rencontrés sur site, de nombreuses unités extrahospitalières
- Des membres des équipes des 15 unités intrahospitalières

C.H.U. de Fort de France

- Mme le Directeur Général
- Mr le Directeur-Adjoint
- Mrs le Président et le Vice-Président de la CME, l'ancien Président de la CME
- Mr le PU-PH chargé de la psychiatrie
- Mme le Directeur des Soins Infirmiers
- Mr le Surveillant-chef des urgences

Centre Hospitalier du Lamentin

- Mr le Directeur
- Mr le Président de la CME

Centre Hospitalier de Trinité

- Mr le Directeur
- Mr le Président de la CME

Centre Hospitalier du Carbet

- Mme le Directeur
- Mme le Président de la CME, Chef du service de suite et de réadaptation
- Mr le Chef du service de médecine

Hôpital du Saint Esprit

- Mr le Directeur
- Mr le Président de la CME
- Un chef de service de médecine générale

Hôpital du Marin

- Mr le Directeur
- Mme le Chef de service d'un des deux services de médecine

Hôpital de Trois-Îlets

- Mr le Directeur
- Mr le Président de la CME

Hôpital de Saint-Pierre

- Mr le Directeur

1.4- Axes généraux en matière de psychiatrie

- 1.4.1- Accélérer les procédures de planification en santé mentale.

Les schémas régionaux de psychiatrie, instruments nouveaux introduits par la loi hospitalière de 1991 doivent garantir :

- . l'accessibilité, la permanence, la continuité des soins ainsi que leur gradation
- . une bonne localisation des installations et activités de psychiatrie dans chaque région,
- . une réelle cohérence entre les divers schémas départementaux d'organisation en psychiatrie,
- . l'optimisation des ressources en assurant la réduction des inégalités de moyens observés au sein d'une même région, d'un secteur psychiatrique à l'autre, ou d'un département à l'autre pour une meilleure répartition des moyens existants.

1.4.2- Remplacer certains lits d'hospitalisation par des structures ou prestations alternatives par redéploiement des activités

1.4.3- Dans le même temps, accroître la présence psychiatrique dans les hôpitaux généraux :

Deux formules sont développées :

- l'implantation de services psychiatriques sectorisés dans les hôpitaux généraux les plus importants, par redéploiement des moyens des hôpitaux spécialisés, mais sans écarter la possibilité pour ces derniers de continuer, par voie de convention, à gérer ces ressources ;

- dans les autres hôpitaux généraux, la mise en place par les équipes de secteur d'une psychiatrie dite "de liaison", permettant de délivrer des consultations et des traitements au sein même des services de soins somatiques. Les activités d'urgence des hôpitaux généraux (S.A.U et ANACOR) où désormais la présence psychiatrique est obligatoire (décret du 10 mai 1995) entrent parfaitement dans cette psychiatrie de liaison.

L'accueil des urgences, représente une priorité de santé publique, puisque 10 à 30 % des patients qui se présentent dans les services d'urgence à l'hôpital général le font pour des problèmes psychiatriques, notamment des tentatives de suicide.

1.4.4- Favoriser la réinsertion sociale des malades mentaux :

- qu'il s'agisse des patients demeurant encore trop souvent dépendants de nos institutions psychiatriques, alors même que leur maintien en milieu spécialisé ne se justifie plus au plan thérapeutique ou ceux qui quittent l'établissement sans que les conditions de leur réinsertion soient réunies.

A ce titre, chaque secteur ou groupe de secteur doivent disposer, hors du site de l'hôpital, d'au moins une structure conçue aux fins de soins de réadaptation, permettant un réentrainement à l'autonomie et une certaine réinsertion.

Le rapprochement du dispositif de soins avec les structures et associations du champ social doit être clarifié et précisé (notamment, au niveau départemental avec les secteurs s'occupant de l'enfance inadaptée et des personnes âgées).

2 - LE CONTEXTE DE LA MARTINIQUE

2.1- Le contexte général

La Martinique distante de la métropole de plus de 7 000 km est située au milieu des petites Antilles. Sur les 375 500 habitants qui y résident (INSEE/janvier 1993), les 20 - 59 ans sont les plus nombreux (53,50 %). Si un fort courant de migration s'était affirmé au début des années 60 (près d'un martiniquais sur trois vit en métropole), les tendances migratoires se sont modifiées entre 1982 et 1990. La population s'accroît d'environ 4 000 naissances par an (17 naissances pour 1 000 habitants). Les hommes et les activités sont concentrés au centre de l'île puisque les trois communes limitrophes de Fort-de-France (100 000 habitants), le Lamentin et Schoelcher regroupent 40 % de la population et plus de 60 % des emplois. On relève 34 communes avec une densité de population de 341 habitants/km². Si le réseau routier s'est nettement amélioré au centre, certaines communes demeurent isolées aux extrémités de l'île. Les possibilités de transport en commun demeurent très restreintes et peu évolutives.

L'économie martiniquaise offre 110 000 emplois (dont 84 % d'emplois salariés). Un martiniquais sur trois est employé par une administration d'Etat ou une collectivité locale. Le niveau de l'emploi longtemps relativement stable jusqu'en 1986 a fortement progressé depuis (malgré 53 000 chômeurs soit 31 % de la population active - source INSEE 1993). Le nombre des bénéficiaires du RMI est de 111 pour 1 000 de 25 à 59 ans (il est en France de 18 pour 1 000).

Le tertiaire marchand est le premier secteur d'activité. L'industrie touristique occupe une place importante avec chaque année, la venue de plus de 500 000 touristes. Les cultures tropicales subissant un déclin concernent 16 000 exploitations agricoles. Les activités industrielles

sont représentées par la production et la distribution d'électricité, le raffinage du pétrole, l'agro-alimentaire. Le secteur privé regroupe environ 23 000 établissements hors d'activités primaires.

Le revenu disponible actuel composé est de :

	Martinique	Guadeloupe	Métropole
Revenu disponible des ménages	48 629 F	36 834 F	77 876 F
P.I.B. par habitant	53 728 F	39 278 F	114 664 F

Les plus grands établissements	
Raison sociale	Effectifs
	(1.1.91)
Ville de Fort-de-France	3 600
Centre hospitalier de Fort-de-France	2 400
Conseil général (y compris services sanitaires et sociaux)	1 900
Caisse générale de Sécurité Sociale	900
Hôpital du Lamentin	700
Electricité de France	650
Commune du Lamentin	600
Centre hospitalier de Colson	600
Reynoird (supermarchés)	600
Commune de Schoelcher	550
Caisse régionale de Crédit Agricole mutuel	500
Commune de Sainte Marie	450
Société d'entretien et de nettoyage	400
CCI de la Martinique	400
Centre hospitalier général de Trinité	400

2.2- Le contexte sanitaire général

La Martinique est une région monodépartementale formant un secteur sanitaire unique. On y relève 12 établissements publics de santé concernant les soins généraux. (2 364 lits et 91 % des lits MCO) dont un C.H.U., un centre hospitalier spécialisé en réadaptation fonctionnelle, deux centres hospitaliers généraux (le plus grand est le CHU : 1 164 lits, le plus petit l'hôpital de Basse Pointe 20 lits). Quatre établissements privés de santé ont une capacité totale de 292 lits (un centre de convalescence et de repos à la Trinité, deux cliniques privées à Fort-de-France, une clinique privée à Schoelcher) et représentent 20 % des lits de chirurgie et 40 % des K opératoires.

Le SROS attire l'attention sur certaines caractéristiques du système de santé en Martinique :

- une tendance "hospitalo-centrique" forte avec un recours très fréquent à l'hôpital public et un emploi insuffisant des soins à domicile et de l'hospitalisation partielle,

- une prééminence du secteur public qui gère 90 % des lits d'hospitalisation (le CHU disposant de 40 % de ces lits),

- une absence d'établissements privés participant au service public hospitalier (P.S.P.H.), le secteur privé regroupant uniquement des établissements à but lucratif,

- un taux de migration sanitaire vers la métropole (hors transferts) le plus faible de l'inter-région Antilles-Guyane.

Pour ce qui concerne la médecine générale, le SROS propose une organisation des établissements en réseau afin d'établir un équilibre de l'aménagement du territoire et une complémentarité, de reconnaître l'existence d'une médecine de proximité en lui donnant les moyens d'exister.

Les alternatives à l'hospitalisation MCO, dès lors qu'elles sont de nature à améliorer la qualité des soins, doivent être développées. Par ailleurs, une meilleure collaboration entre médecine hospitalière et libérale doit accompagner la mise en place de filières de soins pour certaines pathologies (dont le Sida et les maladies de l'enfance). Une filière gériatrique est privilégiée car les projections démographiques laissent entrevoir que le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans atteindra 62 000 en l'an 2000 et 77 000 en 2010. Afin d'accompagner l'augmentation de la dépendance chez les personnes âgées, l'objectif du schéma est d'offrir 317 lits de soins de longue durée, soit 227 lits supplémentaires. Ces derniers seront créés dans les centres hospitaliers et dans les hôpitaux locaux afin d'assurer une répartition territoriale satisfaisante.

Seules les urgences du CHU se rapprochent de la définition du SAU, le SROS propose de lui donner les moyens d'atteindre ce seuil minimum de qualité, à condition que soit maintenue une fonction d'accueil et le traitement des urgences au niveau de Trinité et du Lamentin.

2.3- Le contexte sanitaire psychiatrique

2.3.1- Quelques données historiques

Véritablement, l'histoire de la psychiatrie martiniquaise commence en 1839 avec l'ouverture à Saint-Pierre de la "Maison Coloniale de Santé" faisant suite au simple dépôt pour

aliénés dangereux situé à Fort de France. A partir de 1844, la Guyane puis la Guadeloupe ont réservé en payant quelques lits pour recevoir leurs malades. L'éruption du volcan de la Montagne Pelée le 8 mai 1902 a détruit cette institution, et en 1903 un asile provisoire a été installé dans une dépendance de la Maison d'Arrêt de Fort-de-France. Comportant 46 lits, il accueillait en observation des patients qui si leurs troubles durent étaient transférés par bateau à l'asile de Saint-Claude en Guadeloupe qui en 1952, a cessé, faute de place, d'admettre les malades martiniquais. Le Conseil Général de la Martinique a racheté en 1952 le Camp de Colson (auparavant destiné au repos des marins). Le Docteur Despinoy, venu de Saint Alban a fermé progressivement le dépôt provisoire de Fort-de-France et installé les premières consultations d'hygiène mentale. Les premiers malades sont arrivés à Colson le 1er septembre 1953 et en 1958 l'hôpital fut achevé, l'ensemble des patients hospitalisés à Saint-Claude étant de retour.

Le Docteur Salines, Médecin-Inspecteur Régional Adjoint a remarquablement résumé les étapes suivantes. Nous nous contenterons de reprendre succinctement les temps forts de ce qu'il appelle : "une longue histoire d'immobilisme apparent".

La première sectorisation : 1973 - 1976

Les délibérations du 14 janvier 1976 méritent d'être rappelées car elles sont d'une étonnante actualité :

"Un avis favorable de principe est donné à la mise en place dans le département de la Martinique de la sectorisation psychiatrique.

Cette sectorisation se traduira en un premier temps par la création de quatre secteurs de psychiatrie générale hors de Fort-de-France et de deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile dont la structure hospitalière de rattachement sera l'hôpital de Colson.

Dans un deuxième temps par la création de deux secteurs de psychiatrie générale dans la région centre, la réalisation d'un service de psychiatrie à Trinité, la rénovation des dispensaires communaux.

A court terme les objectifs sont les suivants :

- 1) La modernisation de l'hôpital de Colson.*
- 2) La création à Fort-de-France d'un hôpital de jour pour adultes et enfants.*

3) La réalisation à Fort-de-France d'un foyer de post-cure de 0 à 30 places, ainsi qu'un atelier protégé, la création d'un dispensaire d'hygiène mentale pour adultes et enfants et la mise en place de consultations "d'hygiène alimentaire" pour alcooliques dans tout le département".

L'arrêté préfectoral du 6 septembre 1976 se contentera de créer quatre secteurs de psychiatrie générale et deux intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile rattachés à l'hôpital de Colson.

La deuxième sectorisation : 1982 - 1984.

Des propositions, approuvées par le Ministère, du rattachement d'au moins deux secteurs au centre hospitalier de Fort-de-France et d'un secteur au centre hospitalier de Trinité, ne seront pas suivies d'effet et il ne sera procédé qu'à un redécoupage des secteurs.

Le projet de transfert à Clarac : 1984 - 1988.

L'opportunité de la libération de locaux de l'hôpital Clarac par le CHU de Fort-de-France, permettant d'envisager le transfert de lits d'hospitalisation complète de Colson sur ce site n'aboutit qu'à un nouvel échec.

La tentative d'élaboration du Schéma Départemental d'Organisation : 1988 - 1990.

Malgré l'approbation du Conseil d'Administration du CHU de Fort-de-France, un avis favorable de la CMC du centre hospitalier de Colson, l'appui des tutelles, le transfert de lits de Colson sur le site de l'hôpital Clarac demeure impossible.

Le directeur du CHS de Colson a transmis le 6 avril 1990 à la DDASS les "projets élémentaires" recensés dans l'établissement en vue du SDO :

Secteur Nord Atlantique : "Il est souhaité d'implanter deux unités d'hospitalisation de 25 lits dans une structure proche du centre hospitalier de Trinité".

Secteur Nord Caraïbe : "Il est souhaité d'implanter une unité d'hospitalisation de 30 lits au centre hospitalier du Carbet".

Secteur Centre-Ouest : *"L'équipe se montre hostile à son intégration au sein du CHR de Fort-de-France sauf si celui-ci se montre demandeur de cette intégration et qu'il ait élaboré un véritable projet pour la psychiatrie".*

De nouvelles propositions autour du CHR de Fort-de-France (à partir de 1990)

Le 17 mai 1990, le Ministère indique que la capacité autorisée en lits de psychiatrie ne doit pas être de 40 lits comme le proposait initialement le CHR mais 90 lits dont 80 lits de psychiatrie générale (pour répondre aux besoins des 2 secteurs de Fort-de-France) et 10 lits de psychiatrie infanto-juvénile (pour répondre aux besoins des 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile). En décembre 1990, le Conseil d'Administration émet un avis défavorable tout en souhaitant une consultation de toutes les parties. Le 25 avril 1991, le Plan Directeur du CHR propose l'implantation d'une unité de 40 lits d'hospitalisation complète sur le site de la Meynard. Le 6 juin 1991, le Ministère rappelle son désir du rattachement de deux secteurs de psychiatrie générale au CHR devant bénéficier de 80 lits. En octobre 1991, la CME du CHR renouvelle la demande de création d'un poste de PU - PH. On a assisté depuis à l'abandon de fait des divers programmes, abandon qui n'a pas été acté d'où une absence de possibilités de positions consensuelles. L'arrivée d'un PU-PH de psychiatrie a précédé la mise en place de nombreux groupes de travail qui ont abouti à l'élaboration d'un Schéma Régional de la Psychiatrie en 1994.

2.3.2- Le Schéma Régional d'Organisation de la Psychiatrie

2.3.2.1- La psychiatrie générale

Il est proposé de conserver le découpage sectoriel actuel et le rattachement de la totalité des secteurs au niveau du Centre Hospitalier de Colson. Toutefois, un intersecteur Toxicomanie/urgences/psychiatrie de liaison (dont une part de l'activité doit être dirigée vers les malades du sida à travers une cellule de soutien psychologique) est également proposé, devant être rattaché administrativement au CHU.

La répartition des lits d'hospitalisation complète est proposée de la façon suivante :

Secteur	Sites	Lits
Intersecteur	La Meynard	15
Nord-Caraïbe	Colson	20
	Carbet ou St-Pierre	4 à 10
Nord-Atlantique	Trinité	20
Sud-Caraïbe	Colson	40
Sud-Atlantique	Colson	25
	Marin ou autre CH du secteur sud-caraïbe	4 à 10
Centre Ouest	Colson	25 à 40
Centre-Est	Fort-de-France	40
Hors secteur	-	0 à 20

Le développement proposé de l'extrahospitalier privilégie la mise en place de CATTP, de PFT et d'appartements thérapeutiques en déclinant ces structures selon divers sites :

Secteur	Structures	Places
Nord-Caraïbe	P.F.T.	4 à 6
	Atelier thérapeutique	4 à 6
	CATTP Saint-Pierre	10 à 15
Nord-Atlantique	CATTP Trinité	10 à 15
	CATTP Sainte-Marie	10 à 15
Sud-Caraïbe	P.F.T.	6 à 10
	Appartement thérapeutique	4 à 6
	CATTP Lamentin	10 à 15
	CATTP Rivière-salée	10 à 15
Sud-Atlantique	P.F.T.	4 à 6
	Appartement thérapeutique	4 à 6
	Str. Int. Hos. Soc. Th.	15 à 20
Centre-Ouest	C.A.T.T.P.	10 à 15
	Appartement thérapeutique	4 à 6
	Appt. Comm. Assoc.	4 à 6
	P.F.T.	4 à 6
Centre-Est	C.A.T.T.P.	10 à 15
	Appartement thérapeutique	4 à 6
	P.F.T.	10 à 15
Total		137 à 204

La création de trois nouveaux CMP apparaît nécessaire (Sainte-Marie, Rivière-Salée, Saint-Joseph) complétant le dispositif de consultation :

Secteur	Structures
Nord-Caraïbe	CMP Saint-Pierre
Nord-Atlantique	CMP Trinité

	CMP Sainte-Marie
Sud-Caraïbe	CMP Lamentin
	CMP Rivière-Salée
Sud-Atlantique	CMP François
Centre-Ouest	CMP Fort-de-France
Centre-Est	CMP FdF + centre d'écoute
	CMP Saint-Joseph

Le SDO relève en outre que sa réalisation *"suppose un développement des structures de type social ou médico-social, permettant de réduire, puis de supprimer les "inadéquations" de prise en charge par des structures psychiatriques de problèmes essentiellement sociaux. Il faudrait notamment un développement des structures d'hébergement de type lieux et foyers de vie, des MAS pour arriérés profonds, des centres de post-cure pour toxicomanes, des structures pour personnes âgées. Ces structures devront être envisagées dans d'autres cadres que le présent schéma : schéma départemental des établissements sociaux et médico-sociaux, plan gérontologique, contrats de ville etc... L'existence du schéma d'organisation de la psychiatrie doit permettre une articulation de ces dispositifs avec le présent schéma"*.

2.3.2.2- La psychiatrie infanto-juvénile

Il est noté qu'il s'agit de planifier le développement d'un service public dont le travail est jugé dans l'ensemble satisfaisant mais dont les moyens sont limités. Les objectifs retenus reprenant les projets des secteurs concernent le développement :

- des moyens déconcentrés d'accueil et d'intervention dans la collectivité (création et renforcement de CMP)
- de l'offre de soins vis à vis de la petite enfance et des adolescents
- des disponibilités de prise en charge à temps partiel et à temps complet

Dans ce contexte, il est proposé de renforcer les moyens des CMP (particulièrement le personnel non médical) et de retenir les projets spécifiques de chaque secteur :

Secteur Nord	<ul style="list-style-type: none"> . 3ème CMP à Sainte-Marie . Un centre de prise en charge intensive implanté au CH de Trinité (15 places d'hôpital de jour et 3 lits d'hospitalisation complète)
Secteur Centre	<ul style="list-style-type: none"> . "Cellule adolescents" par renforcement du personnel . 5 places de PFT . 4 lits d'hospitalisation complète dans "le futur hôpital mère-enfant"
Secteur Sud	<ul style="list-style-type: none"> . Equipe "petite enfance" par renforcement du personnel . 15 places d'hôpital de jour (fonctionnant comme un CATTP) sur les 4 CMP . 3 lits d'hospitalisation complète au CH du Lamentin . 5 places de PFT

Le schéma de la psychiatrie infanto-juvénile peut donc être ainsi résumé quant à ses objectifs :

En terme de structures :

- 9 CMP :

- 2 à Fort-de-France pour le secteur Centre
- Robert, Saint-Pierre et Sainte-Marie pour le secteur Nord
- Lamentin, François, Rivière-Salée et Marin pour le secteur Sud

- 10 lits d'hospitalisation complète :

- 3 à l'hôpital de Trinité
- 4 dans le futur hôpital mère-enfant
- 3 à l'hôpital du Lamentin

- 70 places alternatives à l'hospitalisation :

- 15 à l'hôpital de Trinité
- 15 à l'hôpital de jour de la route de Balata
- 10 en placement familial thérapeutique (5 secteur centre et 5 secteur sud)
- 15 au centre de soins intensifs pour adolescents du Lamentin
- 15 au niveau des quatre CMP-CATTP du secteur Sud.

En terme d'action à mener : développer un service public "dont les moyens trop limités", ne peuvent permettre de faire face à l'ensemble de ses missions :

- par le développement d'une offre de soins ciblée sur des catégories de population précise (petite enfance, adolescents)
- par le développement de structures de prise en charge (CATTP, hospitalisation plein temps)
- par le renforcement des CMP et des techniques d'intervention dans la communauté

2.3.3- La carte sanitaire

2.3.3.1- La psychiatrie générale

L'indice de besoins fixé par l'arrêté du 11 février 1991 détermine une "fourchette" de 1 à 1,8 lits ou places pour 1 000 habitants, dont 0,5 à 0,9 lits d'hospitalisation complète.

La Martinique comptait 375 272 habitants au 1er janvier 1993 selon les estimations de l'INSEE. L'indice prévoit donc 375 à 675 lits ou places dont 187 à 337 lits d'hospitalisation complète.

L'évolution prévue de la population porterait celle-ci, en hypothèse moyenne à 415 000 habitants en l'an 2 000 : les besoins seraient alors de 415 à 747 places dont 207 à 373 lits d'hospitalisation complète.

Compte-tenu, de l'existant, des indices et des projets des secteurs, il est proposé de fixer les besoins de la Martinique de la manière suivante : 420 lits ou places de psychiatrie générale dont 250 lits d'hospitalisation complète et 170 places alternatives à l'hospitalisation complète.

2.3.3.2- La psychiatrie infanto-juvénile

L'arrêté du 11 février 1991 détermine ainsi les indices de besoins en psychiatrie infanto-juvénile :

- Indice global : 0,8 à 1,4 lits ou places pour 1 000 habitants de 0 à 16 ans
- Indice partiel : 0,1 à 0,3 lits d'hospitalisation complète pour 1 000 habitants de 0 à 16 ans

Soit pour la Martinique (96 260 habitants de 0 à 16 ans au RP 90) : 77 à 135 lits ou places dont 10 à 29 lits d'hospitalisation complète.

Il n'y avait pas de lits ou places clairement identifiés comme tel en pédopsychiatrie, jusqu'à l'ouverture des 15 places d'hôpital de jour dans le secteur centre. On peut admettre que le centre de soins intensifs pour adolescents du Lamentin représente l'équivalent de 15 places. On peut donc identifier au maximum 30 places actuellement, ce qui est loin de la fourchette inférieure de l'indice.

Compte-tenu de ce déficit, il est proposé de poursuivre l'objectif de rattraper ce retard, en fixant pour cette carte de première génération les indices de besoins au minimum de la fourchette (en estimant à 100 000 la population 0-19 ans compte tenu de l'évolution depuis le recensement) à 80 lits ou places de psychiatrie infanto-juvénile dont 10 lits d'hospitalisation complète et 70 places alternatives à l'hospitalisation complète.

2.3.4- Le Centre Hospitalier de Colson

2.3.4.1- La psychiatrie générale

On relève un quasi monopole du secteur public avec une concentration des moyens sur l'intrahospitalier regroupé sur le site de Colson. Des lits reçoivent des patients relevant de la psychiatrie dans des établissements privés et certains malades sont hospitalisés en métropole. Les psychiatrie libéraux sont peu nombreux (tous à Fort-de-France sauf un au Lamentin).

2.3.4.1.1- L'Intrahospitalier

Les lieux

Isolement de Colson

L'hôpital de Colson est situé à 14 kilomètres de Fort de France dans les hauteurs, à 500 mètres d'altitude au pied des pitons du Carbet au bord de la seule route qui traverse l'île sur sa longueur. Une forêt tropicale très vallonnée l'entoure. Si une petite demi-heure permet de parcourir en voiture la distance qui sépare l'hôpital de Fort de France, il convient de noter qu'il n'existe aucun transport en commun pour les malades et leur famille, en dehors d'un service d'autocar incommode qui effectue un aller et retour les jeudis et dimanches.

Cet isolement qui pose des problèmes aux usagers représente également une difficulté pour les équipes de secteur qui doivent pour rejoindre les CMP ou effectuer une VAD obligatoirement passer par Colson pour revenir sur leur secteur. Nous verrons plus loin que l'organisation interne augmente encore le temps passé sur les routes.

Le centre hospitalier

Après l'isolement, ce qui frappe à Colson vient de la difficulté à percevoir l'hôpital comme un ensemble cohérent. Il englobe en fait quatre sites en un et aucune enceinte n'en limite le contour, si ce n'est la forêt qui cherche en permanence à regagner le terrain qu'elle a perdu.

Il existe 15 unités de soins pour les six secteurs de psychiatrie générale.

La difficulté, pour tout visiteur, (famille ou autre) mais aussi, on le verra plus loin, pour toute personne qui doit être hospitalisée ou prise en charge, provient du fait qu'il n'existe pas un accueil pouvant renseigner et orienter vers un service. Par ailleurs aucun fléchage n'indique l'implantation des différents services et secteurs. A l'arrivée trois "entrées" permettent d'accéder à trois "sites" différents :

- les bâtiments les plus anciens (trois unités) qui communiquent en contrebas avec deux autres unités,
- les services généraux, puis l'administration et le plus grand nombre d'unités de soins situées plus bas,

- de l'autre côté de la route, sur les hauteurs, un bâtiment accueillant deux unités de soins de secteurs différents.

Les pavillons d'hospitalisation

L'ensemble des rapports consacrée à la psychiatrie de la Martinique insistent sur l'inadaptation des unités hospitalières de Colson à accueillir des malades. A notre avis, trois facteurs en sont la cause :

- l'architecture
- les problèmes liés à la forêt tropicale
- le manque d'entretien des locaux

L'architecture : les hôpitaux villages construits dans les années 60 gardent une certaine logique avec au centre une possibilité d'activités et de rencontres qui permet de d'appréhender la cohérence de l'ensemble. L'architecture de Colson ne permet pas une telle représentation. Les pavillons se sont construits les uns à la suite des autres sans pensée d'ensemble cohérente. La rénovation de certaines unités se fait sans souci global. Par exemple un service se trouvant au 1er étage d'un bâtiment vient d'être réaménagé, mais en même temps le rez-de-chaussée a été fermé pour cause d'insalubrité, sans projet de rénovation. L'étage est donc neuf et isolé et le rez-de-chaussée continue à se dégrader. Les fenêtres équipées de jalousies faites de lames de verre apparaissent inadaptées, notamment quant à répondre aux problèmes de violence inhérents à tout établissement psychiatrique.

L'aménagement intérieur des unités de soins est à l'origine d'une promiscuité intolérable : chambres à peine suffisantes pour une personne et accueillant trois malades ; sanitaires desuets : deux WC et deux douches pour 20 malades par exemple. Cette absence de confort le plus élémentaire laisse penser que ce patrimoine a été conçu pour des citoyens de seconde zone que seraient les malades mentaux hospitalisés.

Les problèmes liés au site

L'hôpital de Colson se trouve au sein d'une forêt tropicale où le fort taux d'humidité lié à des pluies abondantes entraîne une dégradation importante des bâtiments aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur. Les peintures et les matériaux en fer ou en bois utilisés ne résistent pas à ce taux très élevé d'hygrométrie. Les coûts d'entretien ont été jugés à maintes reprises, dès lors, comme prohibitifs.

Le manque d'entretien des locaux

Le manque d'entretien de l'hôpital en général et des locaux en particulier, donne à ce centre hospitalier, dans certains endroits, un aspect de lieu abandonné.

Les extérieurs des pavillons de soins sont difficilement entretenus, inutile de parler ici de jardin, pelouse ou fleurs. Le minimum, à savoir couper l'herbe à proximité immédiate des services de soins, n'est pas réalisé. Près de certains services, une infirmière nous faisait remarquer que ces hautes herbes étaient la cause de recrudescence d'insectes et en particulier de moustiques qui incommodent les malades.

Le manque d'entretien des locaux est affligeant dans la plupart des pavillons : portes intérieures cassées, pas de poignées aux portes, les bureaux ne ferment pas, certaines douilles n'ont pas d'ampoules électriques mais demeurent branchées, fuites et écoulements à chaque point d'eau. Les douches et les WC ne ferment pas, certains n'ont pas de porte. Les quelques armoires dont disposent les malades sont cassées ou n'ont plus d'étagères. Les faux plafonds présentent des trous et les fils électriques sont apparents. Dans les cuisines, les équipements sont hors d'usage et les portes des éléments sont cassées et retirées. Des murs de protection extérieurs suintent l'eau. La sécurité des malades demande dans ces conditions un combat à mener au quotidien.

L'organisation du travail

Les équipes infirmières sont composées pour les plus jeunes, qui sont assez nombreuses, d'agents ayant effectué leur formation et exercé souvent plusieurs années en métropole. Ces personnels qui ont connu une autre psychiatrie avec des expériences diverses, souhaitent des changements et ne se gênent pas pour le dire. Ce creuset d'expériences, certainement assez rare dans nos centres hospitaliers, mérite une écoute particulière. Il doit devenir un des leviers permettant le changement.

Pour cela, il serait nécessaire de parvenir à un changement d'attitude. En effet, de nombreux jeunes martiniquais, qui ne peuvent effectuer leur formation d'infirmier qu'en métropole, après avoir exercé quelques années, souhaitent revenir travailler dans leur département d'origine ou très peu de postes sont vacants en psychiatrie. Ils doivent accepter d'effectuer des remplacements à Colson après avoir obtenu une disponibilité de leur établissement d'origine.

Après deux ans de remplacement, lorsque la disponibilité se termine, pour être certains d'obtenir un poste en Martinique, ils doivent démissionner de leur établissement d'origine et continuer les remplacements (c'est-à-dire attendre qu'on leur demande de venir travailler quelques

heures ou quelques jours) à Colson pendant plusieurs mois ou plusieurs années. Cette façon habituelle d'embaucher les infirmiers, ne peut qu'être difficilement vécue par de nombreux agents qui ont le sentiment qu'ils ne seront acceptés que lorsqu'ils se seront complètement coulés dans le moule "colsonien" et n'émettront plus d'idées "deviantes" sur le fonctionnement des services.

Le manque de structures extra-hospitalières et d'alternatives à l'hospitalisation

Les CMP représentent les seules structures extra-hospitalières en Martinique. Même si dans certains, des prises en charge de type CATTP existent, ils sont peu nombreux, marginales et bénéficient de moyens insuffisant en personnel pour répondre aux besoins. Les équipes hospitalières que nous avons rencontrées ont insisté sur la nécessité de créer rapidement des hôpitaux de jour et des alternatives à l'hospitalisation, préalable nécessaire à tout changement d'importance dans la prise en charge des malades mentaux en Martinique et dans la place que prendra l'hospitalisation. Dans l'une des unités de soins, la moitié des malades présents auraient pu bénéficier d'une autre structure, pour les malades restant plus du tiers était des toxicomanes.

L'hospitalo-centrisme en Martinique est massif : tout ce qui concerne la psychiatrie doit passer par Colson en dehors de consultation dans les CMP.

Par ailleurs, le cloisonnement est tel entre les différents services (services de soins, administration, services généraux) et entre les secteurs eux-mêmes, que des dysfonctionnements importants sont sources de pertes de temps, de gâchis en moyens humains et d'actions redondantes qui imposent d'être coordonnées.

L'exemple des véhicules utilisés dans la plupart des CMP en donne la mesure : ces derniers sont stationnés la nuit à Colson. Le matin les infirmiers des CMP viennent à Colson avec leur voiture, prennent la voiture de service et rejoignent ensuite le CMP où ils travaillent (1/2 heure pour Fort-de-France mais une heure et plus pour les CMP se trouvant dans les autres communes). Il en est de même le soir. Certains agents voient leur journée amputée de plusieurs heures de travail quotidiennement. Il en va de même pour les équipes d'entretien et on peut imaginer le coût de la réparation d'une fuite d'eau située dans un CMP du secteur Sud Atlantique.

Le cloisonnement des services

Cloisonnement dans l'hôpital

Si l'hôpital Colson se présente difficilement comme un ensemble, cela est dû aussi très largement au cloisonnement existant entre les différents services non seulement médicaux.

Les plaintes sont générales : la communication est, difficile voire inexistante entre les services de soins et les services généraux. Chacun ne peut que baisser les bras. Lors de notre visite, dans l'une des rares salles de bains d'une unité de soins, le robinet d'une baignoire coulait à grande eau, la rendant inutilisable. Devant notre étonnement, il nous fut indiqué que cette fuite existait depuis deux mois et qu'un bon de réparation était fait chaque jour ! Les bons, la non réparation, l'attente, montrent à quel point chacun campe sur ses positions.

Cloisonnement entre les secteurs

Le cloisonnement entre les différents secteurs semble au moins aussi inquiétant. Aucune tentative d'organisation transversale n'a pu être mise en place pour éviter ce cloisonnement et tenter de promouvoir ensemble une psychiatrie différente.

Il n'existe pas d'infirmière générale, la commission en soins infirmiers n'a de réalité que sur le papier, le groupe des surveillants chefs ne se rencontre jamais seuls. Ce manque de transversalité rend le travail de coordination entre les six secteurs de psychiatrie générale très difficile voire inexistant.

Pourtant des réponses à des problèmes tels que ceux posés par les malades perturbateurs, les personnes âgées ou les autistes et les psychoses déficitaires passent obligatoirement par des réponses globales et intersectorielles.

Cloisonnement entre les unités de soins

Le cloisonnement entre les unités de soins d'un même secteur et même à l'intérieur de chacune d'entre elles a été régulièrement dénoncé par nos interlocuteurs.

Les lits hospitaliers des six secteurs sont répartis dans 15 unités de soins situées sur le même site. Chaque secteur a à disposition deux ou trois unités. Mais s'il n'existe, comme nous venons de le voir, aucune unité intersectorielle, il convient de noter que les unités d'un même secteur ne sont pas situées nécessairement à proximité les unes des autres. La communication entre elles est difficile, ce qui renforce un fonctionnement autonome et une balkanisation des lieux de soins.

L'organisation du travail proprement dite

Si les roulements de travail, comme dans de nombreux établissements hospitaliers, ont comme base les 3/8 (1ère équipe 6 h - 14 h, 2ème équipe 14 h - 22 h et équipe de nuit 22 h - 6 h), les jours de travail à l'intérieur de ces roulements sont fixés de façon rigide sans dérogation possible. Chaque infirmier travaille 2 jours le matin puis 2 jours l'après-midi et effectue 1 nuit avant d'être 2 jours en congés. Ces horaires sont immuables, ce qu'un infirmier traduit ainsi : "je connais mes jours et horaires de travail et mes jours de congés jusqu'en 2015. Ensuite je serai en retraite". Cette organisation amplifie le cloisonnement car les mêmes infirmiers travaillent toujours ensemble. Ainsi une infirmière nous indiquait qu'elle travaillait avec le même collègue depuis 27 ans. Cet aspect extrêmement rigide des horaires de travail est lié à un élément qui pourrait sembler secondaire : l'autocar du personnel.

En effet, plusieurs fois par jour (5 ou 6 fois) un autocar, loué par l'hôpital, transporte le personnel entre Colson et Fort-de-France. Cette facilité pour les personnels semble être le prétexte à l'impossibilité de tout changement dans les horaires des personnels. Pourtant quelques modifications permettraient un renforcement des équipes en milieu de journée et ouvriraient des possibilités de décloisonnement et d'activité avec les patients.

L'organisation de soins et la vie des malades

Accueil des malades

Aucune organisation particulière n'existe pour accueillir les malades 24 h/24. La seule personne référente pour l'ensemble de l'hôpital est l'interne de garde (Interne en médecine générale) en absence de service d'accueil ou de régulation, de surveillant de garde. Par ailleurs, il existe peu de contacts en amont avec les intervenants qui adressent les patients : hôpitaux, police, généralistes. Dans la majorité des cas les ambulances ou les malades et leur famille arrivent sans que l'établissement ne soit prévenu. Les patients qui connaissent déjà l'hôpital indiquent aux ambulanciers le service qui les avait accueilli la fois précédente. Les autres ne savent pas où aller et cherchent quelqu'un pour les renseigner.

La vie des malades dans les services

Plusieurs éléments frappent lorsque l'on entre dans une unité de soins à Colson et y vivre doit être souvent très difficile.

Les unités de soins sont presque toutes fermées. Pour une majorité de services il s'agit d'une règle intangible, pour d'autres les unités sont fermées en fonction des difficultés

rencontrées avec un ou plusieurs malades. La mixité dans les services n'est toujours pas instituée malgré la circulaire ministérielle de 1972 la préconisant et dans les unités pour hommes, les équipes sont exclusivement masculines, dans les services accueillant des femmes exclusivement féminines.

Les repas du soir sont servis dès 17 heures sans autres raisons que des facilités de travail pour les plongeurs. Les malades ne disposent pas de couteaux pendant les repas.

Le manque d'ASH dans les unités de soins, le sentiment de ne pas être vraiment dans un hôpital n'incitent pas les équipes à se préoccuper d'hygiène. Quelques postes sont occupés par des ASH, en nombre tout à fait insuffisant. Pour compenser en partie ce manque, d'anciens malades, appelés "post-cure", viennent faire le ménage dans les unités de soins pour un salaire nettement inférieur au taux en vigueur. De telles pratiques devraient cesser au plus vite. Dans l'une des salles de soins d'un service (où l'on prépare les médicaments, les injections et où sont réalisés les pansements) se trouve la cuisinière électrique servant à réchauffer les repas.

2.3.4.1.2- L'extrahospitalier

Les Centres Médico-Psychologiques représentent actuellement les seules structures extrahospitalières existantes.

Les locaux, en location, sont dans l'ensemble de surface trop modeste, souvent vétustes, subissant comme l'intrahospitalier un manque de maintenance évident. De petites équipes (une secrétaire, quelques infirmiers, un seul cadre infirmier présent à Trinité), accomplissent un travail important :

- accueil des patients à la demande et en consultation,
- activités type CATTP, avec peu de matériel, en certains lieux à la limite du volume d'activités d'un hôpital de jour grâce au dévouement des équipes,
- visites à domicile dans le cadre d'une crise ou d'un suivi au long cours,
- activité de liaison dans certains hôpitaux ou des maisons de retraite,
- liens avec divers circuits sociaux.

Nous avons vu les problèmes de perte de temps dus à un passage presque toujours obligatoire matin et soir à Colson.

2.3.4.2- La psychiatrie infanto-juvénile

Les trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de la Martinique bénéficient de moyens insuffisants pour remplir leurs missions de prévention et de soins. En absence de structures d'hospitalisation complète, seuls existent des Centres Médico-Psychologiques, une structure de soins intensifs pour adolescents type CATTP et un hôpital de jour depuis septembre 1993. Le travail en réseau semble peu développé avec la PMI et les structures s'occupant de la petite enfance.

Un manque de dotation en personnel important a été "colmaté" de façon partielle par les SESSAD (Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile) dont le personnel est mis à disposition par l'Education Nationale, leur mission officielle étant pédagogique (favoriser l'intégration scolaire d'enfants en difficulté) et non thérapeutique.

Ce réseau a évolué sous forme de SESSIS (Services d'Education Spéciale de Soins et d'Intégration Scolaire) qui travaillent avec les équipes de secteur dans un cadre conventionnel. Les statuts des agents de l'Education Nationale ne leur permettent de travailler que pendant 27 heures par semaine dont 20 heures de présence effective auprès des enfants. Les vacances scolaires limitent leur présence, la rendant difficilement compatible avec la permanence de soins indispensables pour les situations cliniques les plus graves.

Les agents recrutés comme éducateurs scolaires ont des formations d'enseignants mais aussi du domaine sanitaire (psychologue, psychomotricien...) d'où une déqualification facteur de frustrations.

Il n'en demeure pas moins que cet apport est utile et une remise en cause par l'Education Nationale rend encore plus pregnant la nécessité de renforcer les moyens de la psychiatrie infanto-juvénile dans le département.

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile Nord

De fait il est scindé en deux sous-secteurs du fait des difficultés de transport et de communication entre Saint-Pierre sur la côte Caraïbe et Robert sur le versant Atlantique où se trouvent les deux CMP de ce service qui ont une activité importante.

Son optique est de travailler au plus près des demandes et de développer une approche en réseau auprès de divers interlocuteurs scolaires, sanitaires et sociaux. Alors que les indications d'hospitalisation plein temps sont limitées par des solutions de secours (pédiatrie, placement urgent, prises en charge rapprochées en temps) les besoins le plus fortement ressentis concernent les enfants gravement touchés, le plus souvent psychotiques parfois handicapés complexes.

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile Centre

Ce secteur dessert une population importante en nombre, en milieu urbanisé avec une absence de structures relais (le seul IME des Fougères à Fort-de-France disposant de 60 places d'IMP et de 40 places d'IMPro est très sollicité).

Le système de prévention, de consultation et de soins est assumé par deux Centres Médico-Psychologiques. L'un est situé dans l'ancien hôpital civil et l'autre rue de la Glacière à Fort-de-France. L'hôpital de jour "Pom Liann également situé à Fort de France suit 33 enfants (le plus grand nombre est pris en charge à temps partiel). 14 enfants sont des autistes graves sans structure relai actuellement envisageable. Outre des activités thérapeutiques nombreuses et des activités d'insertions socio-éducatives, un travail est mené avec les familles et diverses structures d'insertion. Cet hôpital de jour est soutenu et travaille en collaboration avec une association PASSIFLORA.

Quelques difficultés entravent son fonctionnement : les locaux sont inadaptés au niveau de l'accessibilité et du nombre de pièces disponibles, la pataugeoire est située à l'extérieur de l'enceinte de l'hôpital, ce qui entraîne certaines difficultés pour son utilisation pour les activités extérieures, la voiture légère ne peut transporter que 3 enfants à la fois, alors que les projets sont fait en vue de 5 ou 6 enfants, des aménagements intérieurs sont à poursuivre, (vestiaires pour les enfants, installations pour le rangement, aménagement des espaces verts...).

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile Sud

Ce secteur rencontre une augmentation importante de sa population répartie sur un espace important avec des conditions de transport particulièrement difficiles, d'où la nécessité d'un équipement dispersé. Il est articulé autour de quatre points de présence pertinents socio-géographiquement : Le Lamentin, Le François, Rivière-Salée et Le Marin.

Certains sont des C.M.P. - CATTP en tant que locaux (Lamentin, François), un autre à moitié (Rivière-Salée), ou simple point de consultation (Marin), et aucun ne bénéficie d'une équipe minimale suffisante pour son fonctionnement.

Une structure de soins intensifs pour adolescents type CATTP connaît un développement d'activité important offrant toute une gamme d'activités thérapeutiques. Elle dispose de 15 places et reçoit 47 adolescents psychotiques avec troubles divers, non toxicomanes et non délinquants.

Une absence d'hospitalisation plein-temps

La psychiatrie infanto-juvénile ne dispose pas de lits en Martinique. Un service hospitalier qui était situé sur le site de Colson a été supprimé il y a quelques années avec redéploiement du personnel vers la psychiatrie générale. Les besoins en hospitalisation complète font l'objet de plusieurs remarques de la part des pédopsychiatres.

Il apparaît indispensable de développer l'articulation avec les services de pédiatrie (qui existe actuellement à Fort-de-France et à Trinité) du fait de la fréquence des pathologies intriquées et d'un intérêt primordial au niveau de la prévention.

Un certain nombre de situations concernent la mère et l'enfant nécessitant une articulation entre les équipes d'obstétrique, de pédiatrie et de pédo-psychiatrie.

Certains adolescents ont besoin d'un temps hospitalier à plein-temps notamment ceux refusés par les IMPro. Les solutions existantes apparaissent souvent inadaptées : foyers occupationnels de l'ADAPEI, service humanitaire de la DISSES, familles d'accueil thérapeutiques quand il ne s'agit pas des services femmes de Colson. Des lits d'accueil d'urgence d'adolescents (souvent suicidaires) sont souhaitables.

Un accueil familial thérapeutique rendant à l'évidence de grands services et mis en place par la DISSES fait appel à des gardiennes de l'Aide Sociale à l'Enfance. Accueillant une vingtaine d'enfants, théoriquement "social" et non thérapeutique, il comporte un risque identique à celui des SESSIS, à savoir un changement de politique.

3 - NOS PROPOSITIONS

3.1- La psychiatrie générale

3.1.1- Données introductives

3.1.1.1- Aménager un dispositif demeuré hospitalo-centrique

Depuis des années, le C.H.S. a développé des Centres Médico-Psychologiques dans les principales villes du département : la volonté des soignants est de répondre aux attentes de la population dans le cadre de la sectorisation est donc manifeste. La visite des structures et l'examen

des moyens consacrés aux alternatives laissent à penser que l'établissement n'a pas pu aller jusqu'au terme de son projet. En effet, même si les structures existent, les moyens qui leur sont consacrés sont très insuffisants et ne traduisent pas une volonté d'en finir avec un hospitalo-centrisme encore très présent.

3.1.1.2- La nécessaire restructuration du site de Colson

La notion d'accessibilité est primordiale, tant dans l'aménagement d'un dispositif facilitant cet accès que dans la qualité de l'accueil.

Le site de Colson demeure inquiétant, mythique et ségrégatif. Construit au début des années 50, il a été conçu pour soigner une population beaucoup plus importante. Comme tous les hôpitaux de France, et même en absence d'efforts accomplis en matière d'alternatives, le site connaît aujourd'hui une diminution sensible des malades hospitalisés à plein-temps. Malgré cela, de nombreux patients restent en service avec, semble-t-il, une extrême réticence institutionnelle à entrer dans une logique de restructuration et de désaffectation de pavillons en vue d'accepter les capacités de façon évolutive.

Ce maintien en l'état des structures ne permet pas une utilisation rationnelle du patrimoine et génère des surcoûts manifestes en matière de fonctionnement et d'entretien. L'établissement devra donc entrer délibérément dans une logique de restructuration effective avec fermeture d'unités.

3.1.1.3- Développer la couverture sanitaire

Alors que les moyens consacrés à la santé mentale sont loin d'être négligeables, on est conduit à constater qu'au sein même de la discipline psychiatrique certaines missions incombant au service public ne sont pas assurées ou connaissent à ce jour un développement insuffisant.

La psychiatrie se caractérise à la Martinique par un quasi-monopole du service public, avec une concentration des moyens sur l'intrahospitalier regroupé sur le site du Centre Hospitalier de Colson.

Il appartient à cet établissement qui ne marque pas d'atouts ne serait-ce que par les moyens humains et financiers dont-il dispose, dans le cadre de missions réaffirmées (conservation du rattachement de l'ensemble des secteurs actuels), de gérer et coordonner l'ensemble du dispositif de

soins psychiatriques où qu'il soit. Les activités intrahospitalières développées dans d'autres établissements devront donner lieu à des conventions.

L'implantation de structures de soins psychiatriques dans un département se doit d'être fonction à la fois des besoins recensés et d'éléments géographiques et sociologiques. La démarche consiste à déterminer ce qui est nécessaire et sa meilleure localisation. L'impératif de proximité est une obligation qui doit déterminer les choix stratégiques. La concentration des lieux de soins en un seul endroit n'est plus défendable. Chaque citoyen a le droit de bénéficier de thérapeutiques au plus près de son domicile.

Il s'agit d'une réelle translation du potentiel et des moyens et non d'une excroissance vécue de façon plus ou moins consciente comme promise à un avenir temporaire.

La délocalisation est typiquement une idée de service public dans la mesure où elle implique une juste répartition des possibilités existantes, en fonction des besoins de la population, meilleur moyen de tendre à l'égalité d'accès aux prestations. La culture des institutions psychiatriques est trop souvent une culture d'addition de moyens d'où le fait que transférer soit vécu comme une soustraction et un appauvrissement. Délocaliser consiste à partir d'une étude de besoins à utiliser les moyens en personnels, financiers et immobiliers, là où ils sont nécessaires. En d'autres termes, il n'est pas raisonnable de laisser persister des structures centrées sur elles-mêmes alors que les besoins recensés ne sont pas satisfaits. Les redéploiements doivent répondre à une politique définie. De ce point de vue un SDO ne doit pas être la somme des projets de chaque service mais l'outil coordonné d'une réponse adaptée à l'ensemble d'une population dans le cadre d'une politique de santé mentale.

Les équipes soignantes doivent intégrer comme inéluctable des durées moyennes de séjour plus courtes, ce qui obligera, comme partout ailleurs, à une plus grande pertinence dans la délivrance des soins et, de ce fait, un professionnalisme accru. Cette démarche sanitaire accrue doit concerner des intervenants venant d'horizons professionnels divers (notamment en vue de l'insertion sociale). Les prises en charge se doivent d'être variées, individuelles ou/et collectives. Des techniques, adaptées aux locaux doivent permettre un renforcement de la capacité soignante de l'intrahospitalier.

3.1.1.3.1- Elargir l'éventail des pathologies traitées

De nombreuses souffrances sont actuellement peu ou mal prises en compte. Nous ne ferons que citer des tentatives de suicide, des situations de crise, des difficultés rencontrées par les adolescents et les personnes âgées, des troubles névrotiques, des maladies psychosomatiques ou des décompensations liées à des affections somatiques.

3.1.1.3.2- Prendre en compte les spécificités de la pathologie en Martinique

Le poids des facteurs culturels sur l'apparition, l'expression et l'évolution des troubles mentaux n'est plus à démontrer. Comme le rôle de l'entourage et du groupe social, l'importance des images ou des idées du groupe sur la maladie. Sans donner au relativisme culturel et psychopathologique une place excessive, il importe d'en tenir le plus grand compte dans l'aménagement des pratiques et du système de soins (ce que les soignants rencontrés ont souvent évoqué).

La mise en place de recherches et de réflexions non seulement épidémiologiques doit être poursuivie, organisée et élargie sur la base de l'inter-région Antilles-Guyane.

3.1.1.4- Une évolution par étapes

Un certain nombre de redéploiements interviennent à propos de situations où la mise en place de la sectorisation a été tardive (milieu des années 80). Ce type de réponse procure des solutions alternatives à la population hospitalisée depuis longtemps. Elle répond à la demande interne de sortie de patients mais ignore la situation réelle des besoins de la population qui passe par une présence à l'hôpital général et une forte articulation avec la communauté.

Sans ces données, le dispositif existant risque de continuer à fonctionner sur lui-même alimenté par les soins obligatoires et la clientèle traditionnelle des CHS.

Une délocalisation réussie, transforme une structure hospitalière unisite en un établissement multisite doté d'un "siège social" gérant ses "succursales" avec une totale indépendance administrative et financière, et s'autorisant toutes les formules partenariales souhaitables.

3.1.2- Maintien de la cartographie actuelle des secteurs

La mission a accepté en préalable et pré-supposé les conclusions du groupe de travail "sectorisation" du CDSM en proposant le maintien du découpage actuel des secteurs sans entrer dans cette analyse qu'il faudra tôt ou tard aborder. En effet, un redécoupage dans le but de corriger les disparités démographiques ainsi que certaines anomalies géographiques ne peut intervenir avec profit qu'après une mise à niveau et une maturité du dispositif de soins actuel.

3.1.3- Des lits de proximité au plus près des demandes

Faute de solutions adaptées, lors de nécessité d'hospitalisations, de nombreux patients quittent le département ou ne sont pas traités de façon satisfaisante, ou au mieux trouver refuge dans les lits d'autres disciplines publics et privés.

Une composante indispensable de l'offre de soins est représentée par la capacité d'hospitalisation à temps complet. Il est important que certains lits soient situés dans un cadre proche d'un plateau technique somatique performant. Des unités d'hospitalisation plein-temps peuvent être gérées par voie de convention à l'hôpital général (télégestion). Ce dernier met à disposition ses locaux, le CHS conserve la gestion des personnels affectés. Ce positionnement dans l'hôpital général a d'abord un intérêt vis à vis des patients qui vont y être hospitalisés. La structure n'est pas vécue comme une structure isolée et réservée à la pathologie mentale. La présence de soignants et de psychiatres dans l'hôpital général facilite le développement des liens avec les autres services dans le cadre de la psychiatrie de liaison. La mission est double, apporter une prestation de soin aux patients hospitalisés et assurer un soutien institutionnel aux autres professionnels de santé. Les services de maternité et de pédiatrie par exemple doivent être le lieu d'un travail de coordination entre équipes des secteurs adulte et infanto-juvénile. Une étude fine consacrée aux pathologies abordées dans les services de médecine serait d'un grand intérêt, notamment pour ce qui concerne le traitement des personnes alcooliques, porteuses du VIH.

3.1.4- Répondre aux urgences psychiatriques et développer la psychiatrie de liaison

Rappelons que désormais, cette présence revet un caractère obligatoire.

Une présence organisée et articulée de la psychiatrie au sein des urgences générales est souhaitée autant par les équipes somatiques que psychiatriques. Elle peut et doit s'organiser de façon sectorisée. Une coopération fructueuse peut être rapidement envisagée du fait des acteurs en place. Sur ces sites une montée en charge progressive implique dans un premier temps la présence d'infirmiers psychiatriques volontaires au sein de l'équipe infirmière des urgences médicales (par convention) avec astreinte médicale à laquelle doivent participer les médecins de l'intersecteur et éventuellement les psychiatres libéraux (par convention), par ailleurs peu nombreux dans le département.

Dans ce cadre, l'éventuel emploi de lits-porte doit tenir compte de la demande au regard des volumes, sans spécification, du fait d'un aspect quantitatif irrégulier et dans le contexte d'un abord global des patients (associant démarches psychiatriques et somatiques).

La réalisation d'un répertoire de l'urgence psychiatrique apparaît nécessaire, utilisable par le SAMU-15, mais également par l'ensemble des professionnels, notamment les médecins généralistes afin qu'ils puissent connaître ce dispositif et facilement orienter leurs patients.

L'organisation d'une collaboration avec les services somatiques est indispensable pour la prise en charge des besoins psychologiques des patients hospitalisés en dehors des services psychiatriques. Elle peut consister dans la mise à disposition par le CHS de psychiatres et de personnels paramédicaux. Les modalités pratiques, là encore, seront définies dans le cadre d'une convention qui peut intéresser éventuellement des lits spécifiques.

La présence de consultations de psychiatrie, au sein de l'hôpital général, de façon "banalisée" permet aux patients un accès aux soins plus aisé et mieux coordonné lors de suivis parallèles mais pas uniquement.

Cette activité implique une articulation entre la présence aux urgences et la psychiatrie de liaison, formule obligatoire qui n'est pas exclusive d'autres modalités telles qu'un centre de consultations avancé.

3.1.5- Recentrer l'hospitalisation plein temps

3.1.5.1- Les coupes transversales

Nous n'avons pas fait le choix de mener à bien une coupe transversale des patients hospitalisés à plein temps sur le site de Colson avec les acteurs locaux puisqu'une telle initiative avait été engagée par ces derniers le 20 avril 1995. Nous nous sommes donc contentés de prendre en compte ce travail, ainsi qu'une coupe antérieure effectuée également par l'établissement le 23 septembre 1993 dans le cadre de l'élaboration de son projet d'établissement.

La coupe transversale du 23 septembre 1993.

Elle n'indique pour 324 présents une première hospitalisation que pour 36 malades seulement (11 %), alors que 40 % des patients étaient hospitalisés depuis plus de cinq ans et que 24 % l'étaient depuis moins d'un an. Un tel poids de la chronicité renvoyait aux diagnostics fréquents de psychose, d'arriération mentale et de psychoses infantiles parvenues à l'âge adulte. Par contre, d'autres types de souffrance étaient rarement rencontrés (dépression, tentatives de suicide, toxicomanies, troubles névrotiques par exemple).

Cette enquête proposait les orientations suivantes :

- 225 patients relevaient d'une hospitalisation :
 - 109 de soins intensifs en milieu hospitalier
 - 66 de soins de réadaptation et de réhabilitation
 - 50 d'une structure géro-psycho-geriatrique

- 219 pouvaient bénéficier de soins extrahospitaliers :
 - 7 en HAD ou centre de crise
 - 22 en appartement thérapeutique
 - 57 en CMP/CATTP ou hôpital de jour
 - 32 en placement familial thérapeutique
 - 65 à domicile, avec un suivi
 - 36 en institution, avec un suivi

- 102 pouvaient bénéficier d'alternatives socio-thérapeutiques de complément
 - 14 en atelier occupationnel
 - 49 en foyer ou lieu de vie protégé
 - 21 en maison de retraite
 - 12 en CAT
 - 6 en placement familial

Le total est largement supérieur à celui des malades présents, du fait des doubles-comptes.

La coupe transversale du 20 avril 1995.

Elle a concerné 310 patients hospitalisés. A nouveau, on ne peut que s'interroger sur le nombre important de patients psychotiques (201), d'arriérations mentales (22) et le petit nombre de malades souffrant de troubles affectifs (17), alcooliques (8) ou toxicomanes (5).

Le commentaire de ce travail qui doit être affiné indique que :

"Près d'un tiers des hospitalisations sont considérées comme n'étant pas cliniquement justifiée par la nécessité de prise en charge thérapeutique à temps plein en milieu

hospitalier psychiatrique. On peut penser qu'en réalité le nombre d'hospitalisations non justifiées pour un motif thérapeutique est plus élevé :

- les prises en charges de géro-psi-chiatrie peuvent relever dans la plupart des cas de services de long séjour ou de sections de cure médicale en maison de retraite ou foyer-logement, ou encore de structures spécifiques adaptées à la prise en charge des états démentiels. Des services de soins à domicile et des aménagements du logement permettraient d'ailleurs bien souvent le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes,

- on peut se demander ce que recouvrent les hospitalisations pour soins de longue durée, surtout lorsqu'elles sont en si grand nombre. La formulation des questions était très floue, et donc source d'ambiguïtés. Cette proportion de prises en charges thérapeutiques intensives au long cours ne correspond pas à l'impression clinique d'un certain nombre d'entre nous et mériterait une étude plus approfondie".

Les rédacteurs remarquent être "frappés par l'impression qu'avec peu de moyens (pour l'essentiel de l'ordre du médico-social) on pourrait permettre une évolution spectaculaire du service public de psychiatrie en Martinique, afin de lui permettre de se recentrer sur sa mission de soins, en direction de toutes les catégories de malades".

3.1.5.2- Répondre aux inadéquations

Un certain nombre de patients hospitalisés en psychiatrie ne relèvent plus de soins de psychiatrie actifs et intenses. Leur prise en charge nécessite des lieux de vie adaptés, ce qui évidemment n'exclut pas des suivis à la demande. Ces lieux de vie pourront par ailleurs offrir des prestations qui n'existent pas en hôpital psychiatrique, possibilité que les textes actuels ne permettent pas en intra-muros. La chronicité est probablement en partie liée aux prises en charge institutionnelles. Les patients qui ne bénéficieront plus d'une hospitalisation au long cours nécessiteront un suivi ambulatoire dans la durée. Ces réponses sont à établir, au cas par cas, selon des projets individualisés. Toute procédure systématique ou insuffisamment préparée aboutirait inévitablement à un échec.

Aucune structure extra-hospitalière d'hébergement en dehors des foyers de la Myriam n'existe en Martinique et Colson est le seul lieu d'accueil temps plein reconnu.

Ces constatations ne peuvent qu'encourager les secteurs à poursuivre leurs actions dans ce sens et à développer les réponses et les modalités d'intervention dans la communauté par une large concertation notamment avec les professionnels de santé libéraux et les intervenants sociaux.

L'isolement de Colson rend inopérantes les activités de réinsertion sociale dans la communauté. Il s'agit ici d'abord de lutter et de briser l'isolement social des patients hospitalisés au long cours.

3.1.5.2.1- L'existant

Le schéma départemental des établissements sociaux et médico-sociaux

Le Conseil Général élabore actuellement un schéma départemental pour les handicapés (avec mise en place de 5 groupes de travail et concertation) se donnant pour objectif la détermination de données quantitatives et qualitatives. La conscience de l'inadéquation de nombreux patients hospitalisés à Colson accompagne la volonté de recherche de formules originales tout en reconnaissant la nécessité de formules classiques (MAS, CAT, etc...) et des placements familiaux.

Actuellement sont budgétées les constructions d'une MAS de 40 places (dans le cadre de la restructuration de l'hospice du CHU), d'un foyer de vie et d'un centre pour IMC.

Une faible culture associative implique encore plus de restaurer les solidarités familiales et de voisinage.

Les foyers de la Myriam

Les foyers de l'association Myriam qui a adhéré à l'UNAFAM en 1986 (foyer homme de 14 places à Fort-de-France et foyer femme de 10 places au Lamentin) ont obtenu un agrément en 1990 (convention avec le département) pour ouvrir en 1991. Ils bénéficient d'un personnel théorique constitué par des aides médico-psychologiques, des animateurs socio-éducatifs, une infirmière (au total 11 personnes) et de l'intervention d'un psychiatre vacataire.

Le désir de mettre en place des logements associatifs n'a pu aboutir jusqu'à maintenant qu'à l'existence d'un studio.

Le projet initial qui était d'offrir un lieu intermédiaire entre l'hospitalisation et l'hébergement banalisé, faute de solutions relai, n'a pu se concrétiser (90 % d'inadéquations).

L'association souhaite créer des clubs de loisirs, un centre pour les malades mentaux stabilisés qui ont plus de 60 ans (et qui ne sont pas actuellement acceptés dans les maisons de retraite), un foyer de vie à séjour définitif.

Les "foyers sauvages"

Les "foyers sauvages" sont des initiatives privées et lucratives, hébergeant des malades mentaux mais également des marginaux ou des personnes en difficulté, sans agrément. On en relève un certain nombre notamment au Lamentin, à Morne Rouge, au Marin, à Rabinevilaine ou à Balata.

En absence de structures alternatives adaptées aux problèmes des malades mentaux stabilisés, ces "pensions de famille" supplient en quelque sorte aux carences du service public (le "loyer" étant couvert par l'AAH et/ou un paiement par les familles).

On relève également "un placement familial sauvage", certaines démarches étant encadrées par les équipes de secteur (proposition de patients avec suivi ultérieur par des visites à domicile).

3.1.5.2.2- Les actions à mener

Le développement de l'extrahospitalier

Le renforcement des CMP en personnels et sous forme d'un CATTP adjacent, la création de nouveaux pôles thérapeutiques de proximité, doivent permettre une accentuation des prises en charge extrahospitalières dans la durée, limitant les réhospitalisations.

Il sera nécessaire de créer par le biais d'associations de nombreux appartements thérapeutiques pouvant chacun recevoir plusieurs malades. Ces appartements devront se trouver à proximité des CMP, les membres de l'équipe de ces derniers effectuant des visites régulières afin d'aider les malades à s'intégrer au mieux à la vie locale et à s'organiser dans la vie quotidienne. Le développement des placements familiaux représente une autre alternative.

L'accentuation d'une démarche médico-sociale cohérente implique un fonctionnement harmonieux et rapide des Tribunaux d'Instance pour la mise en place des mesures de protection des biens et de la C.O.T.O.R.E.P. pour l'obtention de l'A.A.H. (ce qui ne relève pas des équipes de secteur).

Des solutions alternatives

Le nombre important de patients dépendants hospitalisés à Colson implique l'installation de structures type foyers de vie, de post-cure ou occupationnels voire d'un foyer à double tarification ou d'une MAS.

Ces derniers pourraient être initiés et gérés sur un autre site par le Centre Hospitalier de Colson.

Une nouvelle organisation des pavillons en intrahospitalier

Afin de préparer la sortie des patients du Centre Hospitalier, il importe de dépasser l'organisation des pavillons selon une répartition sectorielle pour mettre en place une démarche intersectorielle s'appuyant sur une unité de préparation à la sortie et un regroupement des patients selon leurs problématiques communes (psychotiques stabilisés ou arriérés profonds par exemple) afin de les préparer au mieux comme les équipes soignantes à une extériorisation.

Cette démarche ne représente en aucune façon un retour en arrière mais au contraire une dynamisation s'appuyant sur des projets thérapeutiques conçus dans une sorte de "sur mesure" pour chaque malade.

La recherche de solutions alternatives s'inscrit dans une vision horizontale de l'établissement.

3.1.6- Un impératif : continuer à développer l'extra-hospitalier

En Martinique, les secteurs à prédominance rurale, présentent des caractéristiques communes dont il apparaît nécessaire de tenir le plus grand compte après évaluation (problème amplement national), notamment pour les zones à faible densité de population. Leur file active peut

difficilement être comparée avec celle des secteurs urbains, du fait de la charge de travail liée aux distances pour la pratique extrahospitalière, d'où l'impérieuse nécessité de pôles sanitaires de proximité.

Sur le plan de la clinique rencontrée, rappelons l'importance des situations de crise chez les adolescents coupés des repères culturels traditionnels. Soulignons les différences d'interventions selon le peuplement des cantons, la démographie médicale et les possibilités de transport en commun, la moindre attraction pour les personnels médicaux et paramédicaux, des réseaux associatifs et partenariaux peu denses.

Alors que l'harmonisation de l'aire géographique sectorielle avec la zone d'attraction des CHG doit pouvoir favoriser des filières de soins plus homogènes, est clairement posé le problème du lieu de régulation des soins et de l'émergence des demandes quand l'hôpital de rattachement est éloigné. La fonction du CMP s'impose ici, encore plus, quant à son rôle de pivot, nécessitant des moyens étoffés, hors de tout hospitalo-centrisme. La régulation des moyens ne peut ignorer l'évolution du site hospitalier de rattachement sur laquelle nous reviendrons.

3.1.6.1- Renforcer et augmenter en nombre des pôles thérapeutiques extra-hospitaliers de proximité, pivots des soins de secteur : les Centres Médico- Psychologiques

Certaines réflexions d'ordre général méritent un rappel. Malgré les efforts accomplis, bien des situations demeurent sans réponse, notamment pour ce qui concerne les populations enclavées géographiquement. Là où des projets ont pu être concrétisés, une émergence importante de demandes, auparavant méconnues, apparaît et les équipes ont une réelle difficulté pour répondre à la demande, en termes de temps de réponse et d'étoffement des effectifs. Il convient donc de conforter des expériences encore fragiles qui démontrent, un désir et une forte capacité de la psychiatrie publique dans ce département à s'engager pleinement dans une politique de sectorisation ambitieuse. Est ainsi posé une nouvelle fois le problème des moyens nécessaires en extrahospitalier et d'un rééquilibrage d'un potentiel de soins demeurant largement prédominant au niveau de Colson.

Plusieurs démarches s'imposent :

- améliorer et renforcer l'existant
- pratiquer une politique de coopération avec les communes pour la mise à disposition de locaux,
- aménager et renforcer les prestations de service auprès des divers intervenants sanitaires et sociaux par une collaboration confiante, précise, facilement adaptable,

- mettre en situation extrahospitalière des initiatives dont la formule l'implique alors qu'elles demeurent au sein de l'établissement hospitalier. Ces dernières qui ont vu le jour à "l'intérieur des murs" doivent garder un caractère évolutif et s'adapter aux modifications de la population suivie. Elles ne peuvent être expliquées que par la prise en charge de patients ayant vécu plusieurs années à l'hôpital. Il est alors compréhensible que la sortie soit particulièrement préparée et faite par étapes. Mais ce type de prise en charge ne peut être que temporaire et ce pour deux raisons. La première est qu'il apparaît que seules les structures réellement extra-muros permettent d'envisager une réadaptation sociale effective, la deuxième est que les patients au passé si difficile qui en bénéficient, ne devraient plus ou peu être rencontrés du fait des progrès de l'extrahospitalier.

- les CMP, pivots des dispositifs de secteur, doivent être facilement repérables, tant par les usagers que par les professionnels de santé. Cela suppose, par exemple, qu'ils puissent partager le même lieu que d'autres structures sociales auxquelles la population fait, par ailleurs, volontiers appel. Le CMP doit pouvoir assurer des consultations, éventuellement hors de son site pour aller au devant des usagers. La population doit y trouver la possibilité d'un entretien immédiat avec un infirmier, à des horaires étudiés et compatibles avec la vie professionnelle et familiale,

- les CMP doivent jouer également un rôle important dans le cadre de l'urgence. Ils peuvent constituer un réseau naturel d'intervention rapide sur le terrain et disposer de renvois téléphoniques ou de répondeurs, lors des heures de fermeture. Un secrétariat permanent permet déjà d'éviter les transferts quotidiens de dossiers médicaux, comme le demande la circulaire ministérielle du 4 mars 1990,

Il convient enfin de développer, renforcer et stabiliser les structures alternatives (CATTP, hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques) en tenant compte des bassins de populations.

Les diverses équipes, à la suite d'un travail de réflexion qu'elles vivent comme préparatoire, aspirent fortement à de tels développements.

3.1.6.2- Développer la complémentarité et la collaboration avec le social et le médico-social

Un travail en réseau favorisé par le développement de l'extra-hospitalier doit aborder les situations de marginalisation et de détresse sociale, en incluant une collaboration avec les antennes RMI.

Dans le cadre de l'instruction des dossiers des bénéficiaires du R.M.I., des modalités de travail partenariales entre équipes de travailleurs sociaux des services instructeurs et les

équipes de secteurs psychiatriques doivent être instaurées. Ces pratiques devront être intensifiées et généralisées sur le réseau départemental en privilégiant la valorisation de l'image de la psychiatrie, l'articulation avec les médecins généralistes, la clarification du contrat d'insertion au niveau du volet santé, en évitant tout dérapage vers l'obligation de soins.

La définition et la clarification du cheminement vers les soins doivent permettre de distinguer les phases d'écoute, d'orientation et de soins, par une articulation accrue entre le dispositif de la sectorisation psychiatrique et les services instructeurs. Cette orientation débouchera sur des objectifs de travail et des méthodologies, dans chacun des secteurs concernés.

Les travailleurs sociaux, les professionnels de santé sont des interlocuteurs privilégiés de la population, notamment lorsque celle-ci est confrontée à des difficultés. L'ensemble de ce réseau doit connaître les prestations du secteur, ses compétences, ses limites et doit pouvoir être capable d'orienter les usagers vers la structure la plus adaptée. Cela suppose une démarche de la part des équipes de secteur consistant à faire connaître leur savoir-faire.

3.1.6.3- Des leviers indispensables

3.1.6.3.1- L'organisation de chaque pôle

Actuellement les équipes strictement extra-hospitalières (quelques infirmiers pour chaque site) animent des activités à vocations diverses : accueil à la journée aux multiples aspects, visites à domicile, lieu de consultation. Il convient de remarquer la forte motivation, le dynamisme et la compétence acquise de ces personnels, amenés à constituer le "noyau dur" de l'avenir extra-hospitalier de la psychiatrie en Martinique.

Chaque pôle extra-hospitalier doit associer le plus rapidement possible :

- un Centre Médico-Psychologique dont nous venons de décrire le fonctionnement (permanence, VAD, consultations), accessible selon des horaires adaptés aux besoins de la population,

- un Centre d'Accueil Thérapeutique à temps partiel accueillant sur le même site que le CMP des patients pour des activités thérapeutiques de durée variable, pouvant aller jusqu'à la journée,

- un hôpital de jour pourra être envisagé dans un second temps, après que le "rythme de croisière" du CMP/CATTP soit acquis.

3.1.6.4.2- La définition des fonctions des acteurs

Les infirmiers travaillant au Centre Hospitalier de Colson n'ont pas quitté l'organisation de travail du type "cadre unique". Depuis quelques années, des aides-soignants, ont été introduits dans les équipes en nombre très réduit. Les infirmiers sont amenés, plus ou moins, et suivant les jours et les services, à effectuer des tâches qui leur sont normalement confiées.

* Le rôle du service de soins infirmiers (article L 714.26 du Code de la Santé Publique).

Il est urgent qu'un véritable service de soins infirmiers soit mis en place sous la direction d'un infirmier général.

Les changements proposés ne pourront se réaliser que grâce à la volonté de tous : direction, médecins, mais aussi, et nous en sommes persuadés, par une plus grande professionnalisation des soignants qui nécessite un certain nombre d'outils, tels que la démarche de soins, le dossier de soins etc... Elle passe aussi par une réflexion sur l'organisation du travail (et certainement par une réflexion sur ses horaires actuels).

L'infirmier général et la commission en soins infirmiers devront rapidement réfléchir à ces questions. Ce travail nous paraît urgent, certainement la première tâche à mener. Il sera nécessaire de déterminer les besoins en postes par profession, avec comme préalable de définir, chose qui n'a jamais été faite jusqu'à maintenant, le rôle de l'ASH et celui de l'aide-soignant pour les unités intra et extra-hospitalières.

Ces définitions de fonctions devront intéresser également les infirmiers, les surveillants et les surveillants chefs. Ceci représente un préalable nécessaire à toute évaluation de besoins en postes par profession et par service.

Cette réflexion s'accompagnera de celle sur l'organisation du travail et des horaires de travail, le système 3/8 apparaissant dépassé. Les horaires peuvent être différents d'une profession à l'autre ou dans la même profession en fonction des tâches à accomplir dans un service donné.

* Mettre en place des formations

Ces évolutions imposent la mise en place d'actions de formation. Par ailleurs, l'ouverture de structures extra-hospitalières amène les soignants en psychiatrie à s'organiser autour

de prises en charge individuelles et de nouveaux besoins en formation apparaissent, telles que des formations aux techniques d'entretien, à l'accueil etc...

3.1.7- L'application aux divers sites

3.1.7.1- Le secteur Nord Caraïbe

Ce secteur s'inscrit dans un contexte géodémographique particulier dont les voies de communication s'insèrent dans un relief montagneux dominé par la Montagne Pelée.

L'extrahospitalier

Le renforcement du CMP de Saint-Pierre avec activité CATTP et augmentation des jours et des plages horaires d'accueil pourrait s'accompagner de la mise en place d'un Atelier Thérapeutique orienté vers les activités agricoles et l'artisanat.

Il s'agirait d'un lieu de soins intégré, fonctionnant sous contrôle médical avec des infirmiers, des ergothérapeutes et des moniteurs techniques. Les ateliers thérapeutiques diffèrent des Centres d'Aide par le Travail et des ateliers d'ergothérapie, car ils ont comme projet thérapeutique la réorientation professionnelle et la réadaptation sociale.

Des lits de proximité

Le SROS prévoit à l'hôpital de Saint-Pierre 10 lits de médecine, 15 lits de moyen séjour et 15 lits de long séjour. 48 lits ayant été prévus dans un programme antérieur, 8 lits de psychiatrie peuvent être installés par convention à très court terme.

Cet établissement qui souhaite se situer dans le cadre d'un abord global des patients, accueille régulièrement des patients relevant de soins psychiatriques. La délibération du 29 novembre 1994 du Conseil d'Administration a accepté le principe de la création de lits de psychiatrie, *"sous réserve que les moyens nécessaires tant humains que matériels soient approuvés et accordés à l'établissement avant que cette activité se traduise dans la pratique"*.

Le Centre Hospitalier du Carbet accueillera à terme 94 lits de suite et de réadaptation et 27 lits de médecine polyvalente à orientation pneumologique. Alors qu'une convention avec Colson permet la venue hebdomadaire d'un psychiatre. La présence à Saint-Pierre d'une unité d'hospitalisation psychiatrique permettra une réelle disponibilité du psychiatre de liaison demandée de façon légitime par les services du Centre Hospitalier du Carbet.

3.1.7.2- Le secteur Nord-Atlantique

Ce secteur peuplé et rural est éloigné des centres actifs.

L'extrahospitalier

Le renforcement du CMP de la Trinité avec activité CATTP doit s'accompagner de l'ouverture d'un second CMP à Sainte-Marie car le premier site est insuffisamment accessible aux patients de la partie Nord du secteur.

Les lits de proximité

A terme le Centre Hospitalier de Trinité accueillera 120 lits de court séjour de médecine générale à orientation diabétologie, alcoologie, cardiologie et gastro-entérologie, 50 lits de moyen séjour, 56 lits de chirurgie et 45 lits d'obstétrique. Il a longtemps bénéficié de l'intervention d'un psychiatre vacataire (6 vacations).

La délibération du Conseil d'Administration du 26 février 1992 a approuvé un projet s'appuyant sur le fait que : *"Le CHGLD reçoit des urgences psychiatriques adressées par les médecins traitants ou par le Secours Routier. De plus en plus les médecins de ville adressent aussi des malades présentant des troubles psychiatriques du type syndrome anxiodépressif. Ces malades à pathologies somatiques souvent associées sont, soit hospitalisés à Trinité, soit adressés au CHS de Colson. Ces opérations se déroulent parfois dans des conditions très difficiles.*

Les médecins et les familles manifestent beaucoup de réticences au transfert à Colson et réclament un traitement sur place parfois impossible pour des raisons de sécurité ou de manque de compétences des équipes soignantes. Pour mieux répondre et réguler cette demande le CHGLD a recours à 6 vacations d'attaché de psychiatrie. Ce praticien répond à l'urgence sous forme d'"appels exceptionnels" mais ne peut à lui seul assurer une véritable garde organisée de

psychiatrie. Chaque début de matinée, il consulte aux consultations externes centrales, en service ou à l'Hospice les patients qui lui sont signalés".

Ce projet proposait une "unité individualisée et isolée pour constituer un centre de crise" de capacité de 6 lits pouvant évoluer jusqu'à 10.

Le SDO a proposé l'installation de 20 lits de psychiatrie au Centre Hospitalier Louis Domergue alors que les 6 vacations de psychiatrie ont été dernièrement transformées en poste de praticien hospitalier à temps-partiel affecté au Centre Hospitalier de Colson dans l'attente qu'une convention médicale soit passée entre les deux établissements, stipulant que ce praticien travaillera exclusivement sur le Centre Hospitalier de Trinité.

Les priorités exprimées de cet établissement sont la remise à niveau de son plateau technique alors que le recours à l'emprunt est limité et l'élaboration de son projet d'établissement. Ce dernier devra prendre en compte :

- une présence articulée de la psychiatrie au niveau des urgences médicales (ANACOR) qui pourrait justifier la présence d'un poste d'infirmier psychiatrique. Les modalités de transfert des patients au CH de Colson lors d'hospitalisation gagneraient à être précisées,

- la psychiatrie de liaison devant être assumée par le nouveau praticien hospitalier temps partiel,

- l'installation à court terme de 12 à 15 lits de psychiatrie dans trois pavillons de fonction situés à l'entrée du Centre Hospitalier. Leur implantation apparaît satisfaisante, à la fois proche du plateau technique et ouverte sur l'extérieur.

Une convention doit préciser l'activité de liaison à l'hôpital du Lorrain notamment pour ce qui concerne le service de médecine générale à orientation gériatrie et alcoologie.

3.1.7.3- Le secteur Sud Caraïbe

L'extrahospitalier

Le renforcement du CMP du Lamentin avec activité CATTP doit s'accompagner de l'ouverture d'un second CMP/CATTP à Rivière Salée.

Les lits de proximité

L'hôpital de Trois-Ilets accueillera à terme 10 lits de médecine de court séjour, 22 lits de moyen séjour et 25 lits de long séjour (avec une maison de retraite de 24 lits).

Depuis 1991, une convention avec le Centre Hospitalier de Colson permet à un psychiatre de secteur de venir dans cet établissement, ce qui a permis une prise en charge progressive de malades relevant de soins psychiatriques (avec garanties données par le secteur). L'ambivalence de départ du personnel de cet hôpital (infirmiers et aides-soignants) a évolué pour lui permettre d'aborder des pathologies psychiatriques de plus en plus complexes (jusqu'à 12 patients relevant de façon prépondérante d'une souffrance psychologique ont été traités en même temps).

Cette prestation, à partir d'une expérience de dix ans, appréciée par la population et les généralistes, basée sur la volonté de collaborer des praticiens médecins et psychiatres ainsi que des personnels doit être formalisée et structurée par l'installation par convention de 12 lits de psychiatrie dans un pavillon rendu prochainement disponible.

3.1.7.4- Le secteur Sud Atlantique

L'extrahospitalier

Si le renforcement du CMP du François avec activité CATTP s'impose, la "Structure Thérapeutique Temporaire" souple et modifiable en fonction des demandes et tenant le plus grand compte du contexte socio-culturel, proposée par ce secteur, mérite d'être étudiée plus avant dans le cadre des réponses alternatives à envisager, notamment les appartements associatifs.

Des lits de proximité

Une collaboration avec les hôpitaux locaux (Marin - Saint Esprit) existe par le biais d'une activité de liaison qui nécessite d'être accentuée.

L'hôpital du Marin accueillera à terme 20 lits de médecine générale à orientation gériatrique, 30 lits de moyen séjour et 15 lits de long séjour (à la suite de travaux importants).

La lecture de l'extrait des délibérations de la séance du 18 novembre 1994 de la CME indique que :

"La Carte Sanitaire et le Schéma Régional de la psychiatrie 1994-1999 arrêtés par le Préfet de Région le 28 mars 1994 prévoit l'implantation de lits psychiatriques à l'Hôpital du

Marin. La C.M.E. observe que cette décision pose le problème de la redéfinition du programme d'établissement et induit nécessairement un programme complémentaire de construction pour ces 10 lits psychiatriques. En effet, le programme d'établissement et le plan Directeur issus de la phase de planification des lits sanitaires n'ont été arrêtés que pour 20 lits de médecine, 30 de moyen séjour et 15 de long séjour. La C.M.E. émet un avis favorable quant à cette nouvelle mission fixée à l'Hôpital du Marin en souhaitant un échange avec l'administration de tutelle sur l'investissement immobilier à prévoir pour y répondre".

Le pavillon de la maison de retraite sera bientôt libéré et au prix de certains travaux pourrait accueillir une unité de 15 lits psychiatriques (une solution devant être trouvée pour les consultations externes de l'établissement prévues dans ce bâtiment).

3.1.7.5- Les secteurs de Fort-de-France Est et Ouest

Les deux secteurs de Fort de France concernent le même bassin de vie et leurs projets ne peuvent être conçus que dans un cadre de complémentarité et d'intersectorialité alors que leur hôpital général de référence est le CHU.

L'extrahospitalier

Pour le secteur Fort-de-France Est, le renforcement du CMP existant avec activité CATTP doit s'accompagner de la création d'un CMP avec centre d'écoute à Saint Joseph.

Pour le secteur Fort-de-France Ouest, le renforcement du CMP Lecornu avec activité CATTP est tout autant nécessaire.

Les urgences

Le CHU qui dispose de 20 lits porte, accueille la plupart des patients relevant de l'urgence psychiatrique. L'équipe des urgences générales non formée à la prise en charge de ces situations ne peut que se contenter d'orienter, ce qui se résoud à l'alternative suivante : transfert ou non à Colson du fait de l'absence de psychiatre de garde ou de système d'astreinte. En outre le transport des patients au Centre Hospitalier de Colson demeure un problème comme pour les autres acteurs des divers hôpitaux généraux du fait du refus des patients et de leurs familles.

Hors du contexte hospitalier plusieurs intervenants sont confrontés à l'urgence psychiatrique :

- le SAMU - SMUR qui utilise un véhicule sanitaire léger, travaille en relation avec les pompiers et couvre toute la Martinique,

- l'AMUNG, association de médecins généralistes libéraux mise en place par le Conseil de l'Ordre. Des patients peuvent être reçus dans un local situé dans l'enceinte de Clarac et des visites au domicile peuvent si nécessaire intervenir,

- SOS Médecins a été créé dernièrement par des médecins libéraux.

L'accueil des urgences identifié dans les centres hospitaliers est souvent utilisé comme un service de consultations externes par les usagers, ce qui ne retire rien à son action préventive, bien au contraire.

Il apparaît indispensable que les services de secteur participent aux activités d'une unité d'accueil et d'urgence psychiatrique intersectorielle au CHU.

Un praticien hospitalier, psychiatre de secteur doit coordonner une véritable unité fonctionnelle psychiatrique à vocation intersectorielle impliquant les deux secteurs de Fort-de-France sous la responsabilité du médecin chef de service des urgences médicales, avec organisation d'une astreinte de psychiatres seniors, seule garantie d'une qualité d'écoute reconnue. Le volume des passages nécessite également la présence constante d'un infirmier psychiatrique. Ce dernier pourrait participer aux déplacements du SMUR lors de nécessité. Un local adapté doit permettre de mener un entretien dans de bonnes conditions. Par ailleurs, une écoute téléphonique 24 h/24 à vocation départementale, le développement des visites à domicile à partir des CMP, élargiront la palette des réponses qui doivent demeurer coordonnées.

Des lits de très court séjour devront être identifiés et seront destinés à héberger certaines situations de crise.

Alors que 6 infirmiers psychiatriques ont été recrutés par le CHU (grâce à la marge régionale), il apparaît indispensable de mettre rapidement en place l'unité que nous venons d'évoquer, en concertation avec les intervenants de l'urgence générale et les psychiatres de secteurs (dont le PU PH bi-appartenant CHU/CHS), les psychiatres vacataires du CHU et les psychiatres libéraux. Ces derniers ne pourront se sentir concernés par un tel projet que si ils participent à sa conception dans un esprit de coordination et de complémentarité et que si ils se sentent inclus dans une équipe où chacun est reconnu, sans avoir le sentiment de servir de supplétifs.

La psychiatrie de liaison

Les demandes dans un établissement comme le CHU de Fort-de-France sont considérables et justifiées. Principal acteur sanitaire, (1 164 lits) représente 49 % des lits de médecine, 48 % des lits de chirurgie, 42 % des lits d'obstétrique et 67 % de l'activité chirurgicale de l'île. Les réponses doivent s'inscrire, là encore, dans un contexte intersectoriel. Nous tenons à rappeler les interventions antérieures dans le cadre d'une activité de liaison au CHU des Docteurs Conseil et Trystram sans officialisation de cette activité.

L'intersecteur Toxicomanie/urgences/psychiatrie de liaison prévu par le SDO ne peut que s'appuyer sur une vocation intersectorielle (à savoir une émanation des deux secteurs de Fort de France) selon un modèle commun à l'ensemble des secteurs de psychiatrie générale de la Martinique.

Les lits de proximité

La construction de 40 lits de psychiatrie pour les 2 secteurs de Fort-de-France sur le site de la Meynard doit intervenir le plus rapidement possible.

Dépasser un conflit fratricide et préjudiciable

L'opposition entre psychiatrie de CHG et de CHS n'a pas lieu d'être et doit être dépassée. Le meilleur garant de cette étape qui doit être impérativement être franchie est l'implication du PU - PH au niveau de la sectorisation. Ce dernier doit donc postuler à la Chefferie du secteur Fort-de-France. Est actuellement vacante.

3.2- La psychiatrie infanto-juvénile

Dans le contexte de manque de moyens que rencontrent les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, il importe de souligner la similitude des besoins exprimés qu'il s'agisse :

- du renforcement des CMP
- de structures concernant la petite enfance
- de l'abord des adolescents
- de l'hospitalisation plein-temps.

Toutefois, chaque secteur demeure sensibilisé à des aspects particuliers, liés en fait à la localisation. Ainsi dans le Sud du fait des difficultés de déplacements, l'offre de soins est éclatée alors que dans le Centre, zone urbaine, le dispositif apparaît concentré.

Il importe de distinguer les besoins en personnels et en structures.

Les personnels

Pour ce qui concerne les personnels, un renforcement, en quelque sorte diffus, des équipes de secteur doit se donner pour objectif par service :

- 5 ETP médicaux
- 4 ETP de psychologues afin de ne plus répondre uniquement, pour ce qui concerne les psychothérapies, à l'indispensable (actuellement 2 psychologues par secteur).
- 4 ETP de psychomotricien (absence de remboursement au niveau de l'activité libérale)
- 4 ETP d'orthophoniste (demande particulièrement justifiée, liée aux difficultés d'expression orale et écrite d'un grand nombre d'enfants)
- doublement des infirmiers et des éducateurs de jeunes enfants (ces derniers devant répondre de façon adéquate au profil de poste.

Chaque CMP pour être pleinement efficace doit bénéficier de :

- 1,5 praticien hospitalier, 2 psychologues, 1 rééducateur en psychomotricité, 3 infirmiers et rééducateurs et avoir un matériel bureautique, informatique et de communication (Fax et minitel notamment), afin de permettre une meilleure élaboration, et une meilleure gestion du dossier médical, du plan de soin infirmier, et du travail de secrétariat médical.

Les structures sectorielles

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile Nord souhaite :

- mettre en place un programme de prévention précoce auprès des PMI
- renforcer le travail assuré dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier de la Trinité devant faire l'objet d'une convention
- ouvrir un CMP à Sainte Marie et des antennes de consultation à Morne-Vert et Case-Pilote
- mettre en place un centre de prise en charge intensive pour des enfants psychotiques parfois handicapés complexes, permettant une intégration dans les structures pédagogiques, sociales et familiales

- mettre en place une structure de préparation à la vie active pour les 16-20 ans, destinée aux adolescents gravement atteints, refusés par les IMPro.

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile Centre se donne pour nouveaux objectifs :

- un hôpital de jour pour jeunes autistes et psychotiques entre 15 et 25 ans suivis depuis l'enfance et pour lesquels une prise en charge thérapeutique est encore nécessaire

- une cellule spécifique de travail avec les adolescents, pour prendre en charge des adolescents sur un mode ambulatoire, en relais, simultanément ou indépendamment de la structure de soins pour adolescents, existant actuellement au sein du Secteur Sud Martinique

- un Service Spécifique d'Insertion Scolaire, élaboré avec les agents de l'Education Nationale travaillant déjà dans le service, sous une direction technique médicale.

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile Sud souhaite :

- la création d'une structure de prise en charge intensive pour les enfants psychotiques et dysharmoniques graves selon une conception de type Hôpital de jour en étoile, s'appuyant sur les quatre CMP/CATTP existants pour les lieux de prise en charge avec regroupement du personnel pour ce qui concerne les réunions, la mise en commun, l'élaboration, le contrôle, la formation

- la création d'une équipe mobile d'intervention pour la petite enfance. Cette équipe est conçue comme mobile mais avec des lieux spécifiques (qui peuvent être intégrés dans d'autres structures du secteur si les locaux s'y prêtent) pour pouvoir intervenir là où l'intervention est demandée : service de pédiatrie/néonatalogie, PMI, domicile, que ce soit pour un premier contact, un début de prise en charge, ou un suivi. Un travail sur le terrain a commencé déjà avec la PMI de Rivière-Salée et le service de pédiatrie du Lamentin, avec lesquels une collaboration ancienne et étroite se poursuit

- le renforcement des capacités d'intervention de la structure d'adolescents, qu'il s'agisse des prises en charge internes, de la consultation annexée qui subit une demande explosive, de développements nouveaux comme l'axe de travail avec les adolescentes enceintes en collaboration avec le service de gynéco-obstétrique du Lamentin.

