



PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE DE SAINT-MARTIN



Document de travail

Glossaire des abréviations

AEMO – Action Educative en Milieu Ouvert
ALD – Affection de Longue Durée
AMP – Aide Médico Psychologique
ANAP – Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM – Agence Nationale d'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
ANPAA - Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ARS – Agence Régionale de Santé
AVS – Auxiliaire de Vie Scolaire
CAMSP - Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CDAPH – Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CES – Centre d'Examens de Santé
CHLCF – Centre Hospitalier Louis Constant Fleming
CHRS - Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU – Centre Hospitalier Universitaire
CLS – Contrat Local de Santé
CLSM – Conseil Local de Santé Mentale
CMP – Centre Médico Psychologique
CMPP - Centre Médico Psycho Pédagogique
CPAM – Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRA – Centre de Ressources Autisme
CRIP – Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
CSAPA – Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CTS – Conseil Territorial de Santé
CTSM – Contrat Territorial de Santé Mentale
DDARS – Délégation Départementale de Guadeloupe de l'Agence Régionale de Santé
DDCSPP - Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DTPSM – Diagnostic Territorial Partagé de Santé Mentale
EHPAD – Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMPP – Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
EPA – Espace Personnes Âgées
EPSM – Etablissement Public de Santé Mentale
ES – Etablissements de Santé
ESMS – Etablissements et services Sociaux et Médico-Sociaux
FAM – Foyer d'Accueil Médicalisé
GCSMS – Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GEM – Groupe d'Entraide Mutuelle
GHT – Groupement Hospitalier de Territoire
HAD – Hospitalisation A Domicile
HAS – Haute Autorité de Santé
HDJ – Hôpital De Jour
IME – Institut Médico-Educatif
ITEP – Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
MAIA – Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soin
MAS – Maison d'accueil spécialisé
MDPH – Maison Départementale des Personnes Handicapées
PAEJ - Point Accueil Ecoute Jeunes
PFIDASS – Plate-Forme d'Intervention Départementale d'Accès aux Soins et à la Santé
PJJ – Protection Judiciaire de la Jeunesse
PPSMJ – Personnes Placées Sous Main de Justice
PRS – Projet Régional de Santé
PTA – Plateforme Territoriale d'Appui
PTSM – Projet Territorial de Santé Mentale
SAMO - Service d'Accompagnement à la Mobilité et à l'Orientation

SAMSAH – Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS – Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SDIS - Service Départemental d'Incendie et de Secours
SNS – Stratégie Nationale de Santé
SSIAD - Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSR - Soins de Suite et de Réadaptation
TSA – Troubles du Spectre Autistique
UAP – Unité d'Admission Psychiatrique

Document de travail

Table des matières

Glossaire des abréviations	3
Table des matières.....	5
PARTIE 1 - LE CADRE DE CONSTRUCTION DU PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE A SAINT-MARTIN.....	7
1. Les cadres national et régional de construction du Projet Territorial de Santé Mentale.....	7
1.1. Cadre national de la construction des PTSM.....	7
1.1.1. <i>Cadre juridique</i>	7
1.1.2. <i>Stratégie nationale pour la santé mentale</i>	7
1.2. Les axes du Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2022 de Guadeloupe-Saint-Martin.....	8
2. La démarche de construction du PTSM	9
2.1. Gouvernance et acteurs de la construction du PTSM	9
2.1.1. <i>La gouvernance du projet</i>	9
2.1.2. <i>Les acteurs du PTSM</i>	9
2.2. La méthode de construction du Diagnostic Territorial Partagé de Santé Mentale (DTPSM)	10
2.2.1. <i>Méthodologie de construction du DTPSM</i>	10
2.2.2. <i>Pour la partie quantitative du DTPSM</i>	10
2.2.3. <i>Pour la partie qualitative du DTPSM</i>	10
2.3. La méthode de construction de la feuille de route du PTSM	11
2.3.1. <i>L'identification de cinq axes opérationnels pour la construction de la feuille de route du PTSM</i> 11	11
2.3.2. <i>La synthèse du plan d'actions sur le modèle de fiches projets</i>	11
2.4. La mise en œuvre du PTSM.....	12
2.4.1. <i>Le Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM)</i>	12
2.4.2. <i>La déclinaison des actions du PTSM au sein du projet d'établissement</i>	12
2.4.3. <i>Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens</i>	13
2.4.4. <i>Les autres outils de déclinaison et de contractualisation</i>	13
PARTIE 2 - DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE DE SANTE MENTALE	14
1. La population à Saint-Martin	14
1.1. Profil de la population	14
1.1.1. <i>Démographie</i>	14
1.1.2. <i>Qualification</i>	14
1.1.3. <i>Emploi</i>	15
1.1.4. <i>Précarité</i>	15
1.1.5. <i>Epidémiologie (source : ORSaG données 2017)</i>	15
1.2. Offres sanitaire, sociale et médico-sociale.....	15
1.2.1. <i>Offre sanitaire</i>	15
1.2.2. <i>Offre médico-sociale</i>	16
2. Problématiques concernant la prise en charge à Saint-Martin	16
2.1. Concernant l'accès aux professionnels de la santé mentale	16
2.1.1. <i>Pour la population générale</i>	16
2.1.2. <i>Pour les personnes placées sous main de justice</i>	17
2.1.3. <i>Pour les mineurs</i>	17

2.1.4.	<i>Pour les personnes âgées</i>	17
2.1.5.	<i>Pour les patients souffrant d'addictions</i>	18
2.2.	Concernant l'organisation des soins	19
2.2.1.	<i>Parcours hospitalier des patients</i>	19
2.2.2.	<i>Prise en charge somatique</i>	19
2.2.3.	<i>Prise en charge de la crise</i>	20
2.2.4.	<i>Suicide et tentative de suicide</i>	20
PARTIE 3 - LES ACTIONS DU PTSM		21
Action 1 : Former des pairs médiateurs sanitaires culturels à Saint-Martin		22
Action 2 : Accompagner le CHLCF dans la création d'un HDJ pour adulte et enfant à Saint-Martin.....		24
Action 3 : Accompagner le développement de la téléconsultation en psychiatrie pour l'île du Nord		26

Document de travail

PARTIE 1 - LE CADRE DE CONSTRUCTION DU PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE A SAINT-MARTIN

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

1.1. Cadre national de la construction des PTSM

1.1.1. Cadre juridique

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

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

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

1.1.2. Stratégie nationale pour la santé mentale

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

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

En lien avec ces orientations, le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 définit six priorités qui structurent la démarche menée par l'ARS Guadeloupe pour les PTSM des territoires dont elle a la charge :

- **Le repérage précoce des troubles psychiques ;**
- **L'organisation, sans rupture, du parcours des personnes, en particulier celles présentant des troubles graves, à risque ou en situation de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ;**
- **L'accès aux soins somatiques des personnes présentant des troubles psychiques ;**
- **La prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence ;**

- Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décision et d'action ainsi que la lutte contre la stigmatisation de ces troubles ;
- L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale.

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

- Favoriser la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médicosocial de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social ;
- Permettre la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social ;
- Déterminer le cadre de la coordination de second niveau et la décliner dans l'organisation des parcours de proximité qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.

1.2. Les axes du Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2022 de Guadeloupe-Saint-Martin¹

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

La réflexion stratégique territoriale est donc principalement cadrée par la stratégie régionale, dont il convient de rappeler les principaux éléments. Dans le Schéma Régional de Santé, il existe des orientations spécifiques pour les patients de Guadeloupe et pour ceux de Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

Quatre projets ont été identifiés, cadrant les orientations soignantes des projets en lien avec la santé mentale en Guadeloupe et à Saint-Martin :

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

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

2. La démarche de construction du PTSM

2.1. Gouvernance et acteurs de la construction du PTSM

2.1.1. La gouvernance du projet

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

- L'Agence Régionale de Santé de Guadeloupe qui exerce le rôle stratégique de supervision du projet ;
- Autour de l'ARS, une équipe projet opérationnelle constituée par des professionnels, des acteurs majeurs du territoire, établissements et associations, etc. ;
- Un cabinet de conseil, le Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH), qui accompagne méthodologiquement le projet, sur la réalisation des diagnostics quantitatifs et qualitatifs et sur la production des livrables de projet.

2.1.2. Les acteurs du PTSM

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

- **Les représentants des usagers** : usagers et familles ;
- **Les institutions** : la préfecture, l'Agence Régionale de Santé (ARS), les services du Conseil Départemental (Direction de la Solidarité), les communes, les intercommunalités, l'Education nationale, la police, la gendarmerie, la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP), le Tribunal de Grande Instance (TGI), la maison d'arrêt, le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS), etc. ;
- **Les structures sanitaires** : Le Centre Hospitalier Louis Constant Fleming, l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) et le Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Guadeloupe, la Croix-Rouge, Saint-Martin Santé, le centre 15, les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), la pédiatrie, la gériatrie, la médecine, les centres hospitaliers locaux, l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), l'hospitalisation à domicile (HAD), etc. ;
- **Les établissements médico-sociaux et sociaux** : foyer d'hébergement, foyer d'accueil médicalisé (FAM), maison d'accueil spécialisée (MAS), les EHPAD, service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), services de protection des majeurs, services d'aide à domicile, les associations tutélaires, la Mission Locale et le Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ), etc.
- **Les bailleurs sociaux** ;
- **Les professionnels de santé libéraux**, l'ordre des médecins, l'ordre des infirmiers.

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

2.2. La méthode de construction du Diagnostic Territorial Partagé de Santé Mentale (DTPSM)

La construction du PTSM commence avec la construction d'un diagnostic territorial partagé de santé mentale (DTPSM). Ce diagnostic partagé avec l'ensemble des professionnels participant à la prise en charge des usagers constitue une étape importante puisqu'il doit permettre d'élaborer une représentation commune du profil de la population à prendre en charge ainsi que des déficits pour répondre aux besoins.

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

2.2.1. Méthodologie de construction du DTPSM

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

2.2.2. Pour la partie quantitative du DTPSM

Très peu de données concernant Saint-Martin spécifiquement sont disponibles. On ne trouve pas davantage d'éléments quantitatifs épidémiologiques ou d'activité dans les bases de données nationales. Seuls quelques éléments permettent de caractériser ce territoire ; le diagnostic qualitatif en est d'autant plus important.

2.2.3. Pour la partie qualitative du DTPSM

L'ARS a organisé et mis en œuvre 10 groupes de travail thématiques. Ces groupes se sont réunis deux fois au cours des mois de septembre et octobre 2019 afin de réaliser un diagnostic des organisations sur les thèmes les concernant et de proposer une feuille de route pour ces thèmes.

Les thématiques étaient les suivantes :

GT1	L'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux
GT2	Un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, pour les personnes présentant des troubles psychiques graves en vue de leur rétablissement et leur insertion sociale
GT3	L'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins
GT4	La prévention et la gestion des situations de crise et d'urgence
GT5	L'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles
GT6	L'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

GT7	La prise en charge des personnes placées sous main de justice souffrant de troubles psychiques
GT8	L'organisation des conditions de dépistage et d'accès aux soins psychiatriques et de suivi pour les personnes âgées à domicile ou dans les structures médico-sociales
GT9	La prévention des tentatives de suicide et du suicide
GT10	La prise en charge des personnes souffrant d'addictions

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

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

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

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

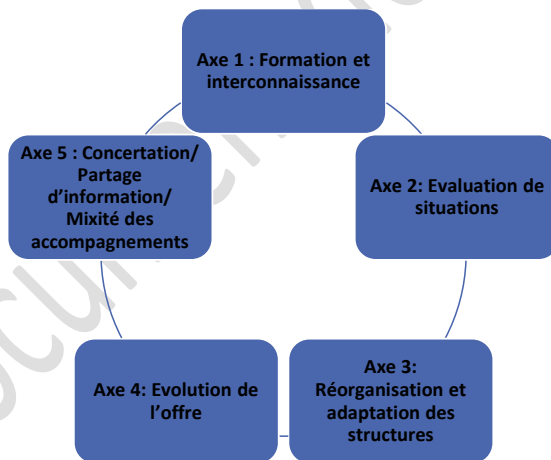


Figure 1 : Axes opérationnels identifiés par la gouvernance du projet

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

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

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

Les thématiques des fiches projets ont été choisies en premier lieu pour que le porteur de la fiche en question puisse être parfaitement identifié (ARS, CHLCF ou autre). Ces fiches sont au nombre de 3.

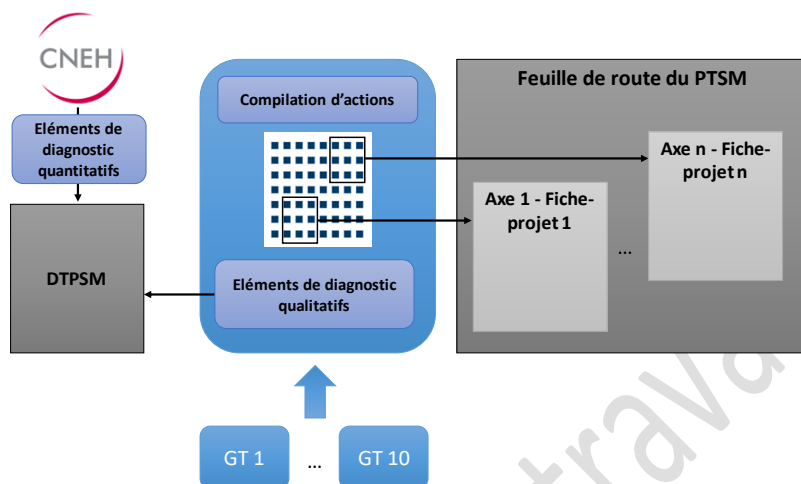


Figure 2 : Synthèse de la démarche méthodologique de construction du PTSM de Saint-Martin (source : CNEH)

2.4. La mise en œuvre du PTSM

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

2.4.1. Le Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM)

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

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

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

2.4.2. La déclinaison des actions du PTSM au sein du projet d'établissement

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

2.4.3. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

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

2.4.4. Les autres outils de déclinaison et de contractualisation

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

- Des contrats locaux de santé ;
- Des projets des conseils locaux de santé, des conseils locaux de santé mentale et de toute commission créée par les collectivités territoriales pour traiter de santé mentale ;
- Des projets des équipes de soins primaires, des communautés professionnelles territoriales de santé et des plates-formes territoriales d'appui.

PARTIE 2 - DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE DE SANTÉ MENTALE

1. La population à Saint-Martin

1.1. Profil de la population

La description du profil de la population a été reprise des travaux synthétiques de l'INSEE qui concernent particulièrement la démographie, le niveau de qualification, l'emploi et la précarité.²

1.1.1. Démographie

« Au 1er janvier 2016, la Collectivité d'Outre-mer de Saint-Martin compte 35 546 habitants [donnée actualisée]. Entre 2008 et 2013, la population a diminué de 0,6 % par an (- 1 100 habitants en 5 ans). Cette inversion de tendance nette est une première pour un territoire qui a vu sa population quintupler depuis 1982. Le territoire a subi deux fortes croissances démographiques (+ 20 500 habitants entre 1982 et 1990 et + 7 500 habitants entre 1999 et 2008). La principale est due à un solde migratoire fortement excédentaire résultant des besoins de main-d'œuvre qu'a connus l'île.

Les nombreux départs de Saint-Martin concernent les jeunes adultes natifs de l'île, en lien avec l'emploi ou la poursuite d'études post baccalauréat. Ce sont principalement des hommes âgés de 18 à 30 ans et des femmes entre 18 et 25 ans. Le déficit est moindre chez ces dernières, car il est compensé partiellement par l'arrivée de nombreuses non natives de la même classe d'âge. Mais il génère un fort déséquilibre des sexes chez les 20-39 ans (137 femmes pour 100 hommes, contre 126 en Guadeloupe). Dès lors, le territoire subit un certain vieillissement de sa population, accentué par ces flux migratoires. Saint-Martin reste néanmoins un territoire jeune. En lien avec les nombreuses naissances des deux dernières décennies, les moins de 20 ans représentent 35 % de la population (contre 29 % en Guadeloupe et à Sint Maarten). Désormais, les sorties du territoire sont de nouveau plus nombreuses que les entrées et le solde naturel ne compense plus ce déficit migratoire. »

1.1.2. Qualification

« Les origines diverses de la population saint-martinoise pointent sa singularité. En 2012, seuls 31 % des habitants sont natifs de Saint-Martin, 18 % sont nés dans un DOM (ou COM), 16 % en France hexagonale et 3% sont nés Français à l'étranger. Enfin, un tiers de la population saint-martinoise est issue de l'immigration, à savoir née à l'étranger et de nationalité étrangère (contre 4 % en Guadeloupe). Les personnes natives des DOM et les Saint-Martinois de naissance sont plus nombreux chez les jeunes de moins de 30 ans et les seniors de plus de 75 ans. Conséquence d'un solde migratoire déficitaire, les natifs de Saint-Martin ont diminué sur la période la plus récente. À l'inverse chez les 40-59 ans, la proportion d'immigrés atteint plus de 50 % du fait des arrivées importantes des années 80.

La faible offre de formation post baccalauréat sur l'île de Saint-Martin influe sur les migrations et sur le niveau de qualification du territoire. Moins d'un quart des 18-24 ans est scolarisé (contre 46 % en Guadeloupe, 18 % à Sint Maarten). En conséquence, Saint-Martin connaît un déficit de diplômés du supérieur dès le niveau Bac +

² Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2864718>

2 : ils représentent 13 % des 15 ans et plus non scolarisés, alors que les diplômés du « tertiary 1 ou 2 » en concentrent 22 % à Sint Maarten. »

1.1.3. Emploi

« En 2012, 75 % des 15-64 ans sont actifs à Saint-Martin (69 % en Guadeloupe et 81 % à Sint Maarten en 2011). Le taux d'activité apparaît élevé chez les seniors de 55 à 64 ans (62 % contre 51 % en Guadeloupe) et chez les jeunes de 15 à 24 ans (41 % contre 33 % en Guadeloupe) du fait de la faible scolarisation des 18-24 ans. Entre 2007 et 2012, le nombre d'actifs en emploi diminue. Seuls 50 % des 15-64 ans déclarent occuper un emploi en 2012 (64 % en moyenne nationale, 71 % à Sint Maarten). Le taux de chômage au sens du recensement atteint 33 % (contre 9 % à Sint Maarten en 2013 et 29 % en Guadeloupe). Il touche particulièrement les femmes (38 % contre 28 % pour les hommes) et les jeunes (55 % des actifs de 15-24 ans n'ont pas d'emploi déclaré selon le recensement contre 26 % à Sint Maarten). Enfin, les demandeurs d'emploi en recherche depuis plus d'un an sont nettement moins présents qu'en Guadeloupe (41 % contre 59 %) en lien avec la saisonnalité des activités et la culture du territoire. Il est néanmoins probable que le niveau réel de chômage soit inférieur. Le recours au travail informel semble être prégnant.

En 2015, Saint-Martin compte 1 280 projets de recrutement, avec une part de besoins saisonniers importante (30 %). Cette particularité additionnée aux exigences de niveau de formation complexifie les recrutements. Cette inadéquation entre offre et demande sur le marché du travail alimente les migrations économiques et par répercussion engendre des disparités sociales. Malgré un flux migratoire important, de nombreux jeunes demeurent sans emploi ni formation. En 1999, ils représentaient 27 % de la population âgée de 15 à 24 ans. Cette part atteint 32 % en 2012 (contre 18 % sur Sint Maarten), soit 1 500 jeunes. »

1.1.4. Précarité

« En 2012, un quart des ménages saint-martinois sont des familles monoparentales, à la suite d'une hausse continue de leur nombre. Six habitants sur dix sont couverts par une prestation de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), avec une surreprésentation des allocations liées à la famille et au logement, tandis que les bénéficiaires de minima sociaux sont moins nombreux. Les deux tiers des ménages sont locataires, mais seulement 7 % vivent en logement HLM. Le niveau d'équipement des logements progresse fortement avec 95 % des ménages disposant des principaux éléments de confort. »

1.1.5. Epidémiologie (source : ORSaG données 2017)

Sur l'île de Saint-Martin, 8,9% des ALD sont des affections psychiatriques de longue durée. Le taux standardisé de nouvelles admissions pour affectations psychiatriques de longue durée entre 2012 et 2014 est de 158 pour 100.000 habitants (212 en France et 211 en Guadeloupe), mais il existe un risque de non recours important qui pourrait minimiser ces chiffres.

Le taux de mortalité pour troubles mentaux et du comportement est de 2,3% contre 3,6% en France.

1.2. Offres sanitaire, sociale et médico-sociale

1.2.1. Offre sanitaire

L'offre en matière de psychiatrie et d'addictologie se compose :

- D'un service d'hospitalisation de 12 lits au Centre Hospitalier de Saint-Martin soit 3,4 lits pour 10.000 habitants. En comparaison du taux d'équipement national (8,7 lits pour 10.000 habitants publics et privés, adultes et infanto-juvéniles confondus), Saint-Martin apparaît faiblement doté. Le CHLCF a

enregistré 3375 journées d'hospitalisation, en 2018, pour 664 patients adultes et 276 enfants et adolescents (données SAE 2018) ;

- D'un centre médico psychologique « Adulte » et « Enfant » qui a réalisé 5924 consultations en 2018 (données SAE) ;
- D'une équipe mobile ;
- D'une antenne avancée au dispensaire de Gustavia, à Saint-Barthélemy ;
- D'un CSAPA porté par l'association SIDA-Les Liaisons Dangereuses.

Toutefois, les professionnels ont mis en évidence les problèmes suivants :

- Une absence médicale en PMI ;
- Des difficultés d'accès aux soins ambulatoires pour les usagers ;
- Un déficit de praticiens libéraux et spécialistes ;
- Une offre de soins limitée au niveau des horaires d'ouverture ;
- Une méconnaissance par les acteurs de la diversité de l'offre associative ;
- Une absence de structure intermédiaire (SAMSAH, IME, CAMSP, CMPP, HDJ adultes, enfants, SAVS, ITEP) ;
- L'absence de maison des adolescents.

1.2.2. Offre médico-sociale

En termes de ressources médico-sociales, l'île de Saint-Martin semble faiblement dotée par rapport au niveau national et guadeloupéen. L'absence de structures médico-sociales mise en avant par les professionnels apparaît problématique notamment du fait de l'incapacité à produire des évaluations pour les personnes âgées, d'une absence de logements et de familles d'accueil. Les violences faites aux femmes étant importantes sur l'île, le manque de places en CHRS et l'absence d'hébergements d'urgence ne permet pas d'assurer une prise en charge satisfaisante sur le territoire.

2. Problématiques concernant la prise en charge à Saint-Martin

2.1. Concernant l'accès aux professionnels de la santé mentale

2.1.1. Pour la population générale

La population saint-martinoise souffre d'un accès limité aux services sociaux, médico-sociaux et de soins, aux services en lien avec la sexualité, et à l'éducation. Plusieurs problèmes viennent expliquer ce phénomène.

Premièrement, la reconnaissance du handicap par la MDPH n'est pas systématiquement réalisée et les demandes font l'objet d'un traitement long des dossiers. La pénurie médicale vient complexifier ce phénomène notamment en pédopsychiatrie.

Deuxièmement, certains comportements familiaux problématiques ont été relevés, notamment la captation par la famille des allocations de la personne porteuse du handicap. En outre, le multilinguisme implique des difficultés pour les usagers à comprendre leurs droits. Il est estimé qu'environ 40% des patients ayant une pathologie chronique n'ont pas d'accès aux droits, impliquant des non-recours aux soins, notamment pour les ressortissants non européens, qui sont régulièrement réhospitalisés (sans idée précise des volumes de patients et des coûts associés).

Concernant la population des adolescents, les professionnels mettent en avant des difficultés d'identification des troubles du fait notamment :

- De l'absentéisme/décrochage scolaire ;
- Du refus d'appropriation de la langue d'enseignement ;
- Des spécificités familiales et sociologiques (violence intra familiale, absence de capacité d'identification des troubles, déni, absence d'adresse physique des parents).

Concrètement, les professionnels mettent en évidence des prévalences importantes d'addictions numériques, de grossesses précoces ou de troubles précoces difficiles à détecter.

2.1.2. Pour les personnes placées sous main de justice

Les professionnels mettent en avant plusieurs difficultés quant à la prise en charge des personnes sous obligation de soins. Premièrement, les moyens dévolus à ces personnes apparaissent insuffisants (notamment au CMP). La principale conséquence réside dans l'incapacité des acteurs sanitaires à honorer l'ensemble des demandes provenant du délégué du Procureur (3 à 4 évaluations ne peuvent pas être honorées chaque semaine). Deuxièmement, les patients ne respectent pas systématiquement le programme de soins rendant impossible leur réintégration par les équipes. La collaboration avec la justice et les forces de l'ordre pourrait ainsi être améliorée.

2.1.3. Pour les mineurs

S'agissant des jeunes, des difficultés de prise en charge sont mises en évidence pour plusieurs publics :

Commenté [JE1]:

- Les patients sous Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO) ;
- Les jeunes sous Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) ;
- Les enfants fragiles (CRIP).

Ces difficultés sont complexifiées par le peu de possibilité de visite à domicile dans leur milieu familial faute de soignants et d'éducateurs. De ce fait, les professionnels notent des difficultés à créer l'alliance thérapeutique et à poser des diagnostics. Il apparaît nécessaire d'évaluer le nombre de patients concernés.

2.1.4. Pour les personnes âgées

Les professionnels notent l'absence de filière de prise en charge. Les spécificités de Saint-Martin sont néanmoins à prendre en compte avec :

- Beaucoup de personnes âgées vivant avec leurs familles impliquant des problèmes financiers ;
- Le manque de logement adapté et les EHPAD réputés trop coûteux, la population étant mal informée sur les aides financières de la collectivité ;
- L'absence de démarches administratives à jour rendant une prise en charge globale impossible.

Du côté de l'offre, plusieurs problèmes émergent également :

- L'absence de diagnostic lié à l'absence d'un gériatologue ;
- L'absence de formation des professionnels travaillant auprès des personnes âgées ;
- Le manque de transports adaptés aux personnes âgées ;
- Les problèmes d'orientation des soins ambulatoires HAD et IDE libéraux ;
- La défaillance du système dans le traitement des dossiers traités par le mandataire avec un manque important de moyens (une tutrice APAJ et une tutrice libérale).

2.1.5. Pour les patients souffrant d'addictions

Nombre de patients

Les données du CSAPA Liaisons Dangereuses montrent qu'environ 120 patients en moyenne sont reçus au moins une fois en consultation dans la structure.

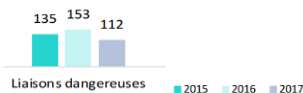


Figure 3 : Nombre de patients reçus au moins une fois en consultation au sein du CSAPA de Saint-Martin (source : ORSaG 2018)

Sur ces patients, environ 60% sont des nouveaux patients, ce qui est le taux le plus important de tous les CSAPA de Guadeloupe. Pour la moitié, ces patients viennent de leur initiative personnelle ou de l'entourage (source : données ADELI via ORSaG 2018).

Profil des patients

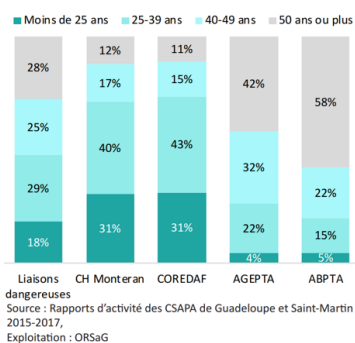
Les patients se rendant au CSAPA ont des profils sensiblement différents de ceux vus en Guadeloupe (cf. figure 4), avec une répartition des troubles plus diversifiée. L'alcool est la première source d'addiction mais les professionnels mettent bien en évidence que le cannabis/cocaïne, le crack pour les populations des rues, le casino, l'ectasie, et la MDA sont également présents.

	Liaisons dangereuses	Montéran	COREDAF	AGEPTA	ABPTA
Alcool	40 %	19 %	15 %	94 %	92 %
Cannabis	25 %	62 %	60 %	2 %	3 %
Cocaïne ou crack	14 %	13 %	12 %	1 %	3 %
Tabac	2 %	6 %	4 %	2 %	1 %
Autres	19 %	0 %	9 %	1 %	0 %

Source : Rapports d'activité des CSAPA de Guadeloupe et Saint-Martin 2015-2017 Exploitation : ORSaG

Figure 4 : Répartition des principaux produits à l'origine de la prise en charge en % selon la structure et la période 2015-2017

Il est intéressant de noter que toutes les classes d'âge sont concernées par les problèmes d'addiction sur l'île (cf. figure 5) :



Source : Rapports d'activité des CSAPA de Guadeloupe et Saint-Martin 2015-2017, Exploitation : ORSaG

Figure 5 : Répartition des patients reçus en consultation selon leur âge et la structure sur la période 2015-2017

Les professionnels mettent en avant que ces addictions impliquent des :

- Violences intra familiales ;
- Accidents de la route ;
- Dégradations physiques ;
- Décompensations psychotiques et dépressives (notamment pour les enseignants) ;
- Conduites suicidaires.

Pour les enfants et adolescents, les conséquences de ces phénomènes sont aggravées par :

- Le manque de prévention dans le dispositif de l'Education nationale ;
- L'absence de lieu de consultation au sein de l'école ;
- Le roulement des infirmières scolaires ;
- L'espace Santé Jeune à développer et décentraliser ;
- L'équipe pédagogique et éducative en difficulté face aux adolescents touchés par une addiction ;
- Le non-respect de loi française sur la délivrance d'alcool aux mineurs ;
- La vente de cannabis et d'alcool devant les écoles ;
- L'absence de consultation partagée CSAPA/CMP ;
- L'absence de consultation addictions à l'Hôpital ;
- Le problème de banalisation de l'addiction au sein de la famille (eux-mêmes consommateurs) ;
- L'addiction aux jeux vidéo impliquant décrochage scolaire et absentéisme.

2.2. Concernant l'organisation des soins

2.2.1. Parcours hospitalier des patients

Dans le cadre des parcours hospitaliers, les professionnels mettent en avant l'existence de sorties des patients non stabilisés avec des ruptures de prises en charge, qui peuvent s'expliquer notamment par :

- Un turnover important des médecins (qui restent 3 semaines en moyenne) avec des changements de prescriptions et des difficultés dans les échanges avec les soignants qui connaissent bien le patient ;
- Le multilinguisme et la difficulté d'interprétation des éléments du langage avec une méconnaissance de la culture (ethnopsychiatrie) ;
- Un déficit en ressources de psychologue, assistant social, infirmier, éducateur ;
- Des comportements familiaux (Interprétation magico religieuse des symptômes, difficultés de faire accepter le traitement par la famille complice dans l'arrêt de celui-ci).

Dans les suivis de prise en charge, on note :

- Une absence de lettres de sortie pour les médecins de ville ;
- Un manque de structures alternatives pour poursuivre le traitement (hébergements, HDJ, foyers, etc.).

2.2.2. Prise en charge somatique

Dans le cadre des prises en charge somatiques, le CMP prend rendez-vous pour le patient mais ne l'accompagne pas donc le suivi de la pathologie n'est pas suffisant pour les professionnels. L'absence de somaticiens en intra hospitalier psychiatrique rend la réalisation de bilans plus difficile.

Ensuite, l'accès aux soins est également un problème :

- Les médecins généralistes qui se déplacent à domicile sont en nombre insuffisant ;

- Il n'y a pas d'organisation formalisée de la permanence des soins ambulatoires ;
- Les urgences sont engorgées du fait des horaires peu adaptés des consultations médicales (amplitude horaire restreinte de certains cabinets libéraux) ;
- Les patients ont du mal à se rendre dans les établissements en cas de nécessité.

2.2.3. Prise en charge de la crise

Selon les professionnels la crise a lieu au domicile ou sur la voie publique, souvent liée à une rupture thérapeutique, des conflits familiaux ou de travail. Les usagers ne connaissant pas les signes précurseurs, celle-ci peut être alors violente. Dans le cadre de cette crise, plusieurs problèmes sont identifiés :

- Les programmes de soins limitent dans certaines situations la capacité à agir des soignants du CMP ;
- Les aidants ne trouvent pas de lieu d'écoute et d'accueil en cas de besoin des patients et des familles en dehors des heures d'ouverture du CMP ;
- Les forces de l'ordre ne se déplacent pas systématiquement dans les situations d'alerte ;
- La confidentialité à l'accueil des urgences n'est pas toujours suffisante (abus sexuel, violence conjugale, etc.).

2.2.4. Suicide et tentative de suicide

« Les collectivités d'outre-mer (COM) de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy présentent des taux de mortalité par suicide parmi les plus élevés du territoire national. Au regard du nombre très faible de décès répertoriés dans ces territoires sur la période d'étude, ces taux sont à interpréter avec précaution. Saint-Martin est positionné au 3ème rang départemental sur 101 des taux de mortalité par suicide en France entière en 2015 (source : bulletin de santé publique de mars 2019, Santé Publique France). Santé Publique France a compté 8 suicides par an et 10 tentatives de suicide pour Saint-Martin.

Dans le cadre de cette problématique de santé publique, les professionnels ont mis en évidence les problèmes suivants :

- La population n'est pas suffisamment informée sur ce sujet ;
- Le système familial très intégré sur l'île de Saint-Martin implique souvent la cohabitation de personnes dont l'une peut être toxique pour l'autre.

Concernant les acteurs du soin :

- Le personnel soignant en pédiatrie n'est pas suffisamment formé pour la prise en charge hospitalière ;
- Il n'existe pas de lits dédiés pour établir une rupture avec la famille et une prise en charge adaptée au patient suicidaire ;
- Un certain nombre de tentatives de suicide sont repérées par les médecins généralistes mais aucun suivi n'est réalisé par les structures médicopsychologiques faute d'orientation, ce qui entraîne une récurrence ;
- Il n'y a pas suffisamment de structures permettant d'offrir un répit aux aidants ;
- Il n'y a pas de protocole de prise en charge au niveau du territoire (prévenir le médecin généraliste, parler à la famille, etc.).

PARTIE 3 - LES ACTIONS DU PTSM

Numéro d'action	Intitulés actions	Coordinateur	Coût estimatif	Échéance
1	Former des pairs médiateurs sanitaires culturels SAINT-MARTIN		5 k€	2020
2	Accompagner le CHLCF dans la création d'un HDJ pour adulte et enfant à Saint-Martin	CHLCF		2020
3	Accompagner le développement de la téléconsultation en psychiatrie pour l'île du Nord	CHLCF/Croix Rouge		

Action 1 : Former des pairs médiateurs sanitaires culturels à Saint-Martin

PROMOUVOIR LE BIEN-
ETRE MENTAL, PREVENIR
ET REPERER
PRECOCEMENT LA
SOUFFRANCE PSYCHIQUE
ET PREVENIR LE SUICIDE

Coordinateurs

ARS Guadeloupe

Partenaires

CHLCF
EPSM de Guadeloupe

Diagnostic / Problématique

Définition / Constats

A Saint-Martin comme en Guadeloupe, l'accès des populations aux services de prise en charge en santé mentale est complexifié par plusieurs facteurs :

- La stigmatisation des usagers souffrant de troubles mentaux ;
- Les différences de langage entre les offreurs de soins et la population ;
- La culture locale, peu tournée vers la prise en compte des troubles mentaux ;
- Les difficultés pour les offreurs de soins à accéder à la population du fait d'un taux d'absentéisme scolaire important, et d'un déficit global de socialisation.

Pour répondre à ces enjeux, le PTSM de Saint-Martin intègre une action qui concerne le développement d'une fonction de pair médiateur sanitaire/culturel. L'objet de cette fonction consiste à organiser les liens entre les services culturels et sociaux présents sur l'île (sports, quartiers notamment) et le secteur sanitaire. En effet, l'objectif est que des personnes issues de l'île, en maîtrisant la langue, puissent aller vers la population à travers des actions sociales, permettant ainsi d'identifier les personnes pouvant potentiellement nécessiter une prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale.

Ces personnes auraient également pour mission de faire l'interface entre le patient et sa famille et le système de soins, permettant ainsi de limiter la stigmatisation et d'augmenter le degré de confiance entre la population et les services de soins. A priori, l'accès aux prises en charge serait également facilité par le développement de la téléconsultation avec la Guadeloupe (cf fiche action 3).

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> → Limiter le non-recours aux soins de la population saint-martinoise → Améliorer l'identification précoce des troubles mentaux sur l'île
Indicateurs de suivi de l'objectif	<ul style="list-style-type: none"> → Nombre de pairs médiateurs sanitaires/culturels → Nombre d'actions réalisées par les pairs médiateurs → Nombre de patients à l'EPSM venant de Saint-Martin

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Définir les missions des pairs médiateurs sanitaires/culturels	Monter un groupe de travail	
Evaluer le nombre de pairs médiateurs à former		
Développer les formations de pairs médiateurs	Qui portera la formation ?	

Action 2 : Accompagner le CHLCF dans la création d'un HDJ pour adulte et enfant à Saint-Martin

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

Coordinateurs

CHLCF

Partenaires

EPSM de Guadeloupe

Diagnostic / Problématique

Définition / Constats	<p>Les prises en charge sanitaires sur l'île de Saint-Martin sont complexifiées par la présence d'une structure d'hospitalisation de 8 lits au CHLCF et d'un CMP adultes et enfants. Afin d'améliorer les capacités d'accueil des usagers vivant sur l'île, l'ARS souhaite développer un hôpital de jour de psychiatrie. En partant des données disponibles et pour que le taux d'équipement à Saint-Martin soit égal à celui de la Guadeloupe, il faudrait la création de 18 places (base 5 places pour 10.000 habitants, prises en charge adulte et enfants confondues).</p> <p>Ce chantier est à mettre en lien avec le développement de la téléconsultation (cf fiche action 3).</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> → Améliorer la réponse aux besoins de la population saint-martinoise → Limiter les hospitalisation à temps complet au CHLCF
Indicateurs de suivi de l'objectif	<ul style="list-style-type: none"> → Nombre de demi-journées en HDJ → File active en HDJ → Nombre de nuits d'hospitalisation temps complet

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Identifier le nombre de places nécessaires en HDJ		
Identifier les ressources nécessaires pour faire fonctionner cette nouvelle unité (RH, matériel, locaux, etc.)		
Ouvrir l'HDJ		
Evaluer le fonctionnement de l'HDJ sur Saint-Martin	Construction du tableau de bord de l'unité	

Document de travail

Action 3 : Accompagner le développement de la téléconsultation en psychiatrie pour l'île du Nord

GARANTIR DES PARCOURS DE SOINS COORDONNES ET SOUTENUS PAR UNE OFFRE EN PSYCHIATRIE ACCESSIBLE, DIVERSIFIÉE ET DE QUALITÉ

Coordinateurs

CHLCF/Croix rouge

Partenaires

EPSM de Guadeloupe

Diagnostic / Problématique

<p>Définition / Constats</p>	<p>Aller vers la population est un axe majeur du PTSM. Or l'éloignement des îles constitue une contrainte pour atteindre la population y résidant. Dans la logique de développer les prises en charge sous contrainte des difficultés de transport et de la pénurie médicale, la télémédecine est un outil de plus en plus utilisé en métropole et ailleurs afin de réaliser un diagnostic en urgence ou de réaliser les suivis des patients. Pour l'instant, les organisations sanitaires en Guadeloupe ne sont pas structurées pour mettre en place ce dispositif de soins de manière efficace. L'objectif serait dans un premier temps de le développer pour Saint-Martin, quitte à l'ouvrir à toutes les îles par la suite (Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Marie-Galante, Les Saintes, La Désirade).</p> <p>Dans un premier temps développée à Saint-Martin, la téléconsultation aurait pour vocation à toucher le maximum de personnes sur l'île qui comprend environ 35.000 habitants et dont beaucoup ne peuvent pas accéder aux structures sanitaires guadeloupéennes. L'idée de cette téléconsultation serait donc à la fois de permettre à la population d'accéder plus facilement à une compétence en lien avec la santé mentale et également pour les professionnels d'avoir plus de retours sur la situation sanitaire sur l'île.</p> <p>Cette activité de téléconsultation serait réalisée via une coopération entre la Croix Rouge et le CH Louis Constant Flemming. Les modalités d'organisation de ces prises en charge ne sont en revanche pas stabilisées et nécessitent un investissement pour le matériel, un éventuel abonnement pour accéder à la plateforme télémédecine, une bonne connexion internet et un financement pour permettre un accompagnement humain à l'utilisation de l'outil (formation et accompagnement au changement notamment).</p>
-------------------------------------	---

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> → Permettre une meilleure continuité du suivi des usagers → Favoriser l'accès aux soins pour les personnes ne pouvant pas se déplacer, ayant des difficultés en termes de mobilité → Favoriser l'accès sans diminuer la qualité des soins et optimiser le temps médical → Permettre une consultation dans un environnement connu pour la personne
Indicateurs de suivi de l'objectif	<ul style="list-style-type: none"> → Nombre de téléconsultations réalisées en une année → Nombre d'hospitalisations via la téléconsultation en une année → Retours de satisfaction des utilisateurs

Mise en œuvre opérationnelle

Actions	Modalités de réalisation	Echéancier
Construire le plan de financement de la téléconsultation	<ul style="list-style-type: none"> • Quels coûts ? Quels sont les opérateurs capables de produire ce service ? 	
Equiper et mettre en place la téléconsultation sur le site du CHLCF	<ul style="list-style-type: none"> • Equiper le CHLCF avec l'équipement nécessaire • Construire le protocole de mise en place de la téléconsultation • Communiquer auprès des médecins de ville sur le dispositif mis en place 	
Evaluer la téléconsultation en vue d'une généralisation	Cibler le public pour lequel l'outil est pertinent, évaluer le nombre de téléconsultations réalisées, recenser l'amélioration en termes d'accès aux soins et de suivi du parcours de soins de la personne	
Accompagner les professionnels dans le développement de la pratique	Accompagner dans l'utilisation de l'outil au quotidien, suivi des professionnels sur le territoire et accompagnement au changement	