



Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

2006-2010

REGION GUYANE

**LA PSYCHIATRIE ET
LA SANTE MENTALE**

SOMMAIRE

I. Préambule	5
II. Cadre réglementaire.....	7
1. SROS de troisième génération.....	7
2. Textes spécifiques au volet « Psychiatrie et santé mentale »	7
3. Textes spécifiques à la prise en charge des toxicomanies.....	8
III. Bilan du volet Psychiatrie et Santé Mentale du SROS II 1999-2004	9
IV. Demande de soins	11
1. Psychiatrie générale.....	11
2. Psychiatrie infanto-juvénile.....	11
3. Etat des lieux de la population pénale.....	12
3.1. Démographie carcérale	12
3.2. 4 groupes linguistiques dominants	12
3.3. Répartition en groupes de délits	12
4. Toxicomanies	12
4.1. Effets de la consommation	12
4.2. Situation actuelle en Guyane.....	13
V. Offre de soins en Guyane.....	15
1. Psychiatrie générale.....	15
1.1. CHAR	15
1.2. CHFJ	15
1.3. CMCK.....	15
1.4. Démographie médicale.....	15
1.4.1. <i>En établissements de santé</i>	15
1.4.2. <i>En libéral</i>	16
2. Psychiatrie infanto-juvénile.....	16
3. UFPI	
3.1. Objectifs	16
3.2. Activités	17
4. Prise en charge des toxicomanies	17
4.1. Structures médicalisées	17
4.1.1. <i>Alcool</i>	17
4.1.2. <i>Toxicomanies</i>	18
4.1.3. <i>Consultations « Anti-tabac » au CHAR</i>	18
4.2. Structures d'accueil d'urgence.....	18
4.2.1. <i>Relais Drogue Solidarité</i>	18
4.2.2. <i>Samu Social</i>	18
4.2.3. <i>Structures de prévention</i>	19
VI. Territoires de santé	20

VII. Prévisions des activités pour la période 2006-2010.....	21
VIII. Recommandations	22
1. Psychiatrie générale.....	22
1.1. Pour le secteur de psychiatrie de l'Ouest Guyane	22
1.2. Création d'un CMP et d'un CATTTP pour personnes de plus de 16 ans à Kourou	23
1.3. Création de places en familles d'accueil pour personnes de plus de 16 ans souffrant de troubles mentaux.....	23
1.4. Mise en place d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie pour la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion	24
2. Psychiatrie infanto-juvénile.....	24
2.1 Reprise des recommandations des SROS I et II	24
2.2 Recommandations communes aux trois groupes d'âge	24
2.3 Recommandations par groupe d'âge.....	24
2.4 Recommandations pour les établissements médico-sociaux	24
3. Prise en charge psychiatrique en milieu carcéral	25
3.1. Intensifier et diversifier les prises en charge psychiatriques des personnes détenues	25
3.1.1. <i>Création de groupes de travail pour les trois communautés linguistiques principales.....</i>	25
3.1.2. <i>Création de groupes de travail pour les jeunes délinquants incarcérés.....</i>	26
3.1.3. <i>Groupe de travail/Médecine traditionnelle</i>	26
3.1.4. <i>Evaluation et prise en charge ergothérapeutiques</i>	26
3.1.5. <i>Hébergement d'un CSST intra-carcéral.....</i>	26
3.2. Répondre plus complètement et plus rapidement à la demande de consultations	26
3.3. Participer régulièrement à toutes les réunions institutionnelles de l'Administration Pénitentiaire qui concernent les détenus.....	27
3.4. Etre représentés à toutes les manifestations de la Fédération de psychiatrie	27
3.5. Développer le réseau relationnel avec les autres structures psychiatriques.....	27
4. Prise en charge des toxicomanies	27
4.1. Mobilisation des médecins de ville	27
4.2. Développer les moyens des structures de prise en charge	27
4.2.1. <i>Pour les pathologies liées au crack et à l'alcool</i>	27
4.2.2. <i>Pour le cannabis.....</i>	28
4.3. Eviter le retour à la dépendance.....	28
4.3.1. <i>Par une sortie de la rue et des squats.....</i>	28
4.3.2. <i>Par la construction d'un projet de vie : l'insertion sociale et professionnelle</i>	29
4.4. Développer les actions et les structures de prévention	29
4.5. Renforcer les mesures de rappel à la loi	30
5. Recommandations pour les établissements Médico-Sociaux.....	30
IX. Glossaire.....	31
Annexes	33
<u>Annexe I</u> : Projet pour la création d'un service d'hospitalisation à temps complet à Saint Laurent du Maroni.....	34

<u>Annexe II</u> : Projet de création d'un CMP et d'un CATTP de 10 places pour personnes de plus de 16 ans à Kourou.....	45
<u>Annexe III</u> : Projet de création de 12 places en famille d'accueil pour personnes de plus de 16 ans souffrant de troubles mentaux.....	50
<u>Annexe IV</u> : Projet de réaménagement des locaux de l'UFPI.....	52
<u>Annexe V</u> : Besoins identifiés dans le domaine de la prise en charge des addictions.....	58
<u>Annexe VI</u> : Activités de pédopsychiatrie.....	61

I. PREAMBULE

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) est un outil de mise en perspective pour une période de 5 ans des besoins sanitaires d'une région et de planification des moyens à mettre en œuvre en synergie et en complémentarité afin de répondre au mieux aux besoins de la population régionale.

La santé mentale est une composante fondamentale de l'équilibre d'un sujet, d'un peuple, d'un pays. De nombreux facteurs peuvent l'altérer à un niveau individuel ou collectif. Une société développée se doit de mettre en œuvre des moyens pour la préserver et la rétablir dans toute la mesure du possible.

A une époque où le gaspillage, la redondance, la sous utilisation des moyens n'est plus acceptable, le SROS joue un rôle fondamental.

Le SROS volet santé mentale de troisième génération pour la période 2006-2010 est présenté dans les pages suivantes.

La Guyane cumule un retard structurel, une démographie explosive et des besoins légitimes de prévention et de soins en expansion. Pour cette région plus qu'ailleurs, le SROS se doit de remplir pleinement son rôle de planification et d'appréciation des besoins pour les cinq ans à venir.

Les propositions qu'il contient sont issues de l'analyse et de la réflexion de 6 ateliers composés de professionnels et de personnes fortement impliquées dans le domaine de la santé mentale.

Ces ateliers ont traité :

- de la psychiatrie générale
- de la psychiatrie infanto-juvénile
- des urgences psychiatriques et psychologiques
- des structures en relation avec la détention, la Justice, la Police.
- de l'addiction (drogues et alcool principalement)
- des structures médico-sociales pour personnes handicapées

Ces propositions sont en parfaite congruence avec les moyens déjà existants dans la région et devraient permettre un certain rattrapage du retard en équipement et moyens humains dévolus au rétablissement et au maintien d'un bon niveau de santé mentale en Guyane.

Concernant la psychiatrie générale l'accent a été porté principalement sur la mise en place d'un service de psychiatrie avec des possibilités d'hospitalisation au centre hospitalier de Saint Laurent.

La population de la Guyane est jeune, la Jeunesse et les premiers âges ne sont malheureusement pas indemnes de pathologie psychiatrique. Le SROS n° 3 propose la mise en place de lits d'hospitalisation mais surtout de structures et d'équipes permettant des traitements en ambulatoire.

A notre époque, de plus en plus de demandes de soins ou d'interventions sont adressées aux services d'urgence, la psychiatrie et la psychologie n'échappent pas à cette tendance. Il faut donc structurer cette modalité d'accueil et de prise en charge dans les deux principaux établissements hospitaliers du département: celui de Cayenne et celui de Saint Laurent.

La prise en charge de la santé somatique des personnes incarcérées a fait d'énormes progrès depuis quelques années, il faut que leur santé mentale ne soit pas oubliée. Il est proposé de développer les moyens existants qui ne peuvent que parer au plus urgent et au plus repérable.

Des missions spécifiques (prévention du suicide, prise en charge des détenus toxicomanes et des détenus délinquants ou criminels sexuels) ont été reconnues comme prioritaires au niveau national. Il faut que la Guyane emboite le pas.

Comme partout les drogues et l'alcool font d'énormes dégâts sanitaires et sociaux. S'appuyant sur le plan quinquennal dans ce domaine le SROS n°3 propose de poursuivre le développement des structures de prévention et de soins pour les années à venir qui selon toutes les projections faites ne verront pas le phénomène d'abus de substances délétères pour la santé et tout particulièrement la santé mentale régresser ni même ralentir son expansion. Enfin, des personnes sont encore nombreuses à présenter un handicap psychique précoce ou tardif qui ne leur permet pas de trouver ou de conserver une place dans la société. Les charges assumées par les familles sont lourdes. Le manque de places et de diversité des structures médico-sociales doit également faire l'objet d'un rattrapage.

Ce sont donc de nombreux projets que le SROS n°3 en santé mentale propose, dans un catalogue qui a toute sa cohérence et sa nécessité, pour le bien-être psychique de la population guyanaise

II. CADRE REGLEMENTAIRE

1. SROS de troisième génération

Arrêté du 8 juin 2005, circulaire n°DHOS/O/2005/254 du 27 mai 2005 et décret n° 2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L.6121-2 du code de la santé publique et modifiant ce code : le décret évoque notamment l'obligation de déterminer dans le cadre du SROS III les objectifs d'implantation (identification des sites et nombre d'implantations par site) en conciliant les principes de sécurité et de proximité. Il faut identifier les différents niveaux de prise en charge pour aboutir à la création de véritables filières de soins.

Décret n°2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire

Arrêté du 27 avril 2004 pris en application de l'article L. 6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire dont fait partie « la psychiatrie et la santé mentale ».

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé et **circulaire DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004** relative à l'élaboration des SROS de troisième génération : l'objectif du SROS III est de « prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale ».

2. Textes spécifiques au volet « Psychiatrie et santé mentale »

Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n°521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie (non parue au Journal Officiel)

Plan « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » d'avril 2005

Circulaire n°507/DHOS/O2/2004 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération

Circulaire n°70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents

Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation

Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale

Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique

Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement

3. Textes spécifiques à la prise en charge des toxicomanies

Programme Régional de Santé Publique pour la Guyane en cours d'élaboration

Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique

Projet annuel de performance, programme « santé publique et prévention » et loi de santé publique du 9 août 2004

Plan gouvernemental MILDT du 29 juillet 2004 (2004-2008)

Plan quinquennal départemental d'avril 2004 (2004-2008)

Décret du 6 février 2003 CSST (en cours de modification)

Rapports du site local Guyane du dispositif TREND pour les années 2001, 2002, 2003 de l'observatoire des phénomènes émergents, OFDT

III. BILAN DU VOLET PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE DU SROS II 1999-2004

Le Comité d'Orientation du schéma régional d'organisation sanitaire 1999-2004 avait retenu 7 thèmes prioritaires, dont la psychiatrie. Le SROS a fait l'objet d'un rapport d'évaluation du Dr Benoît Cottrelle et de Mme Guylène Barthélémi (Direction de la Santé et du Développement Social de Guyane) en 2004.

L'évaluation des objectifs identifiés dans le SROS II pour le volet « Psychiatrie et santé mentale », présentée ci-dessous, permet de dresser un état des lieux de la situation dans le domaine **en 2004**.

En 2004, sur 10 objectifs en **psychiatrie générale**, 2 sont atteints et 5 autres partiellement. 3 objectifs ne sont pas atteints. En **pédopsychiatrie**, seul 1 objectif est atteint sur les 7 identifiés, 2 autres partiellement et 4 ne sont pas atteints.

Au total, 7 objectifs sur les 17 en psychiatrie n'ont pas été atteints en 2004.

- Psychiatrie générale :

- *Objectif n°1* : Rattacher fonctionnellement Maripasoula au Secteur de Cayenne : objectif atteint, il n'y a pas eu d'arrêté modifiant le secteur mais des consultations avancées sont organisées mensuellement à partir de Cayenne.
- *Objectif n°2* : Augmenter la capacité de l'hôpital de jour de Cayenne : objectif partiellement atteint puisque le renforcement des effectifs et la restructuration des missions permet d'envisager l'extension sans délai (10 à 15 places).
- *Objectif n°3* : Mise en place de la psychiatrie de liaison : objectif non atteint.
- *Objectif n°4* : Organiser les consultations avancées : objectif atteint car des consultations mensuelles ou trimestrielles sont réalisées dans les communes du secteur.
- *Objectif n°5* : Créer une unité d'hospitalisation de 16 lits à Saint Laurent du Maroni : objectif non atteint, il n'y a aucune possibilité d'hospitalisation à Saint Laurent du Maroni.
- *Objectif n°6* : Créer un hôpital de jour et un CATTP à Saint Laurent du Maroni : objectif non atteint, la seule structure qui fonctionne actuellement est un CMP ayant une activité d'accueil de jour.
- *Objectif n°7* : Créer un CMP à Kourou : objectif non atteint car il n'existe qu'une consultation mensuelle.
- *Objectif n°8* : Coopérer avec les structures médicosociales : objectif partiellement atteint car il existe une coopération non formalisée sous forme de consultations (accord MAS CAT).
- *Objectif n°9* : Créer un intersecteur de toxicomanie alcoolisme : objectif atteint en 2004, car si l'intersecteur n'a pas été créé, il existe une unité d'addictologie de 14 lits, une activité de liaison, un CSST et des liens étroits avec le centre de consultation ambulatoire en alcoologie et le Comité guyanais de prévention de l'alcoolisme.

- *Objectif n°10* : Créer une unité de dépistage, de consultation et de soins ambulatoires avec hôpital de jour de 10 places en prison : objectif partiellement atteint. L'unité de psychiatrie a une activité de consultation et de suivi mais l'hôpital de jour n'est pas fonctionnel.
- Pédopsychiatrie :
 - *Objectif n°11* : Recruter un PU-PH : objectif non atteint.
 - *Objectif n°12* : Créer un deuxième inter-secteur : objectif atteint, l'arrêté ARH/2001/n°10 du 12 juillet 2001 porte création de deux inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.
 - *Objectif n°13* : Créer à Cayenne 12 lits d'hospitalisation, 15 places d'hôpital de jour, une unité ambulatoire et une équipe mobile : objectif non atteint.
 - *Objectif n°14* : Créer un centre d'accueil et de crise pour adolescents à Cayenne, objectif non atteint.
 - *Objectif n°15* : Créer un CATTP à Kourou : objectif en cours de réalisation en 2004, les bâtiments étaient en construction.
 - *Objectif n°16* : Créer des possibilités d'hospitalisation, 4 lits CMP et CATTP à Saint Laurent du Maroni : objectif non atteint, il ne s'agit encore que d'un projet.
 - *Objectif n°17* : Coopérer avec les structures médicosociales : Objectif non atteint, les consultations qui existaient sur du temps de travail d'intérêt général ont cessé.

IV. DEMANDE DE SOINS

1. Psychiatrie générale

La souffrance psychique et les troubles mentaux affectent une bonne partie de la population guyanaise, pas plus mais pas moins qu'ailleurs, avec toutefois certaines spécificités:

- une représentation encore faible, du fait de la démographie, des troubles chez les personnes âgées, mais une augmentation a été constatée récemment par différents observateurs.
- une forte prévalence des troubles psychiques liés à l'usage de drogue, en particulier de la cocaïne.
- l'importance numérique et la variété des pathologies psychiatriques des adolescents. Le poids démographique de cette catégorie d'âge joue un rôle crucial dans cette importance mais également les difficultés d'adaptation de la jeunesse dans un monde en transformation rapide.
- des tableaux cliniques et évolutifs marqués fortement par la culture avec nécessité de développer des approches préventives et curatives tenant compte des données ethnologiques.

Il faut préciser que le classique « trépied » des moyens thérapeutiques et de prise en charge dans le domaine de la santé mentale: service public, secteur libéral, secteur associatif, ne comporte en Guyane que les deux «pieds» public et associatif, le libéral n'étant pas présent dans le département.

Le développement des moyens d'information, de communication, de transport génère une demande de soins pour des troubles qui restaient rares ou non pris en charge jusqu'alors tels que:

- les troubles des conduites alimentaires: obésité, anorexie mentale
- les troubles anxio-dépressifs réactionnels
- les conduites suicidaires
- les états de stress post-traumatique.

La Guyane, longtemps isolée et éloignée, est entrée dans l'ère du modernisme. Des pathologies d'adaptation sont apparues, elles sont de plus en plus fréquentes et de nombreuses personnes demandent de l'aide et des soins.

Cela se surajoute à une « pathologie psychiatrique classique » névroses structurées, psychoses diverses présentes avec une prévalence supérieure au taux métropolitains.

2. Psychiatrie infanto-juvénile

La Guyane est la région de loin la plus jeune de France, sa population de moins de 16 ans compte au 1^{er} janvier 2006 plus de 70.000 personnes soit environ 36% de la population totale. Selon les projections de l'INSEE les mineurs de 16 ans dépasseront les 80.000.

La difficile situation des minorités culturelles et linguistiques et l'importance des flux migratoires avec les problèmes d'insertions qu'ils entraînent, s'associent souvent à une

importante précarité pour créer un terrain favorable à l'apparition de souffrances psychiques s'extériorisant sous des formes variées. Le manque notoire de débouchés professionnels ne fait qu'aggraver cette situation pour les adolescents.

3. Etat des lieux de la population pénale

Fin 2004, le Centre Pénitentiaire de Rémire est un établissement qui comprend 3 Maisons d'arrêt pour hommes, une Maison d'arrêt pour femmes, 2 Centres de Détention et un Centre pour les jeunes délinquants.

3.1. Démographie carcérale

La population pénale affleure les 710 détenus pour une capacité officielle de 472 personnes (chiffres communiqués le 10 juin 2005).

3.2. 4 groupes linguistiques dominants

Les pourcentages indiqués ci-dessous sont approximatifs :

- groupe francophone : 40% ;
- groupe anglophone : 20%
- groupe lusophone : 20%
- groupe hollandais/srana tongo : 20%

3.3. Répartition en groupes de délits

Les chiffres indiqués ci-dessous le sont tout âge et tout sexe confondus¹, sur un nombre de 465 détenus condamnés au 4^e trimestre 2004² :

- Trafic de stupéfiants	173	soit 35%
- Violence.....	65	soit 13%
- Viol et autres agressions sexuelles	47	soit 10%
- Homicides.....	26	soit 6%
- Vols	79	soit 16%
- Infraction à la législation sur les étrangers	94	soit 20%

4. Toxicomanie

4.1. Effets de la consommation

La toxicomanie est au cœur des fléaux sanitaires et sociaux. **Sur le plan social**, elle est facteur :

- de délinquance (vols, trafic ou deal pour se procurer la marchandise ou l'argent nécessaire à la consommation) ;

¹ La répartition des délits par âge et par sexe, pour les personnes prévenues, ne peut pas apparaître officiellement.

² Source : Dr Patrick OLLIVIER – 10/06/05

- de déscolarisation, perte de repères, désinsertion sociale, isolement ;
- de violences familiales ou sociale – l’usage de crack permet le passage à l’acte violent ;
- de prostitution féminine ou masculine.

En Guyane, on compte environ 500 usagers de drogues parmi les 600 détenus du centre pénitentiaire.

Sur le plan sanitaire, ses effets sont dévastateurs : prise de risques pour les IST, en matière de conduite (pas de port du casque, vitesse), absence d’hygiène corporelle et nutritionnelle facteur de pathologies graves (tuberculose, infections cutanées).

4.2. Situation actuelle en Guyane

De par sa position géographique sur le continent sud américain, la Guyane est une véritable tête de pont entre les pays producteurs de drogue et l’Europe, principalement les Pays Bas et la France.

Il est difficile d’estimer **la population de consommateurs** de drogues licites ou illicites en Guyane, pour des raisons similaires à celles que l’on rencontre en métropole mais de plus l’enquête ESCAPAD³ n’a commencé à être mise en œuvre dans les DOM qu’en 2003 : la première exploitation vient d’être publiée en août 2005.

Les résultats de l’enquête ESCAPAD comparés à ceux de la métropole viennent à l’encontre des a priori courants concernant ces territoires, mais s’avèrent bien établis par la répétition des enquêtes locales sur le sujet : **la consommation des jeunes alcool/tabac/cannabis est plus faible en Guyane qu’en métropole.**

L’enquête ne porte pas sur le **crack**, peu consommé par les jeunes en métropole à l’exception de certains îlots dans Paris, alors qu’il est en Guyane la source majeure des pathologies et de la délinquance liées à la toxicomanie.

³ Qui consiste en 1 questionnaire proposé à l’ensemble des jeunes (17-18 ans) présents lors de la JAPD. Elle présente l’avantage d’interroger un échantillon très représentatif de tous les jeunes français y compris ceux qui sont déscolarisés ou qui travaillent).

4	Tabac		Alcool		cannabis	
	expérimentation	Quotidien	Expérimentation	Quotidien	Expérimentation	Quotidien
Guyane	60 %	13 %	96 %	7 %	31 %	6 %
Métropole	78 %	42%	92 %	14 %	56 %	15 %

Source : ESCAPAD 2003, OFDT

Les 3 CSST du littoral prennent en charge environ **600 toxicomanes**⁵, mais les consommateurs de drogue sont beaucoup plus nombreux, la démarche de demande de soins n'intervenant – éventuellement - qu'à un stade où la consommation constitue un obstacle à l'insertion sociale et professionnelle.

Ainsi l'association Relais Drogue Solidarité a accueilli **936 personnes** en 2004 dont la grande majorité est toxicomane et/ou alcoolique mais peu en démarche de soins.

Comme en métropole, le phénomène de la toxicomanie touche toutes les couches de la population mais principalement les jeunes.

Les **drogues consommées en Guyane** sont essentiellement le cannabis dont le prix est très bas, et le crack, dont les conséquences sociales sont dramatiques tant sur le plan de la délinquance (le crack facilite le passage à l'acte) que sur le plan de la déstructuration sociale et sanitaire du consommateur. Les professionnels évaluent à 300 le nombre de consommateurs réguliers de crack⁶

La population concernée par la lutte contre la toxicomanie n'est pas limitée aux seuls toxicomanes : elle concerne leurs familles, ainsi que les intervenants socio éducatifs auprès des jeunes : enseignants, éducateurs sportifs, éducateurs spécialisés.

⁴ L'expérimentation désigne le fait d'avoir déjà consommé un produit au moins une fois au cours de sa vie, l'usage quotidien est défini par au moins 1 fois par jour.

⁵ Source : rapports d'activité annuels des CSST

⁶ Consommateur régulier : au moins 10 épisodes de consommation au cours du mois.

V. OFFRE DE SOINS

1. Psychiatrie générale

Les deux secteurs de psychiatrie générale rattachés au CHAR ont été regroupés au sein d'une Fédération de Psychiatrie Générale fin 2002.

Il n'existe pas en Guyane de structure privée d'hospitalisation à temps plein ou à temps partiel pouvant accueillir des personnes souffrant de troubles mentaux.

1.1. CHAR

Le CHAR est l'unique établissement hospitalier du département à disposer de lits d'hospitalisation.

La restructuration des unités d'hospitalisation psychiatrique à temps plein du CHAR menée en 2002 ne s'est pas accompagnée de la création de lits ou de places supplémentaires.

La capacité est restée de **84 lits d'hospitalisation** répartie en **6 unités de 14 lits chacune** et de **10 places d'hospitalisation de jour**.

1.2. CHFJ

Le CHFJ dispose d'un CMP qui assure des soins ambulatoires de secteur et quelques activités extra-hospitalières. Le CMP ne couvre pas la totalité du territoire défini par la sectorisation géographique médico-administrative puisque c'est le secteur de Cayenne qui prend en charge Maripasoula.

1.3. CMCK

Les besoins sanitaires sont assurés à Kourou par des médecins généralistes, de rares spécialistes et le CMCK qui, bien que ne disposant d'aucun moyen psychiatrique, hospitalise des personnes présentant des troubles psychiatriques associés à des maladies somatiques.

Actuellement les soins psychiatriques ambulatoires des personnes âgées de plus de 16 ans de cette zone sont assurés par un psychiatre et deux infirmiers qui se déplacent de Cayenne une fois par mois à Kourou et à Sinnamary.

Il est à remarquer qu'il existe depuis quelques années sur cette zone un CMP « L'envol » pour enfants et adolescents, centre rattaché au service de pédopsychiatrie du CHAR.

1.4. Démographie médicale

1.4.1. En établissements de santé

CHAR : 12 psychiatres (9 PH, 2 temps partiels et 1 assistant spécialiste).

CHFJ : 5 psychiatres (4 PH et 1 assistant spécialiste).

1.4.2. En libéral

Il n'y a qu'un seul **neuropsychiatre libéral** en Guyane. Il est actuellement à la retraite et poursuit une activité réduite, à Cayenne et à Kourou.

Quelques **psychothérapeutes** sont installés sur Cayenne.

2. Psychiatrie infanto-juvénile

En Guyane, il existe deux secteurs de pédopsychiatrie : Cayenne et Saint Laurent du Maroni. Début 2006, seul le secteur de Cayenne possède des structures lui permettant d'offrir des soins.

Pour l'île de Cayenne, le secteur dispose de 2 structures :

- Un CMP qui assure l'accueil et les soins ambulatoires. Les consultations sont organisées dans deux endroits différents, la Passerelle pour la majorité d'entre elles et le service de jour.
- Un service de jour de 5 places qui assure des hospitalisations à temps partiel

Pour Kourou, le secteur dispose d'un CMP.

Voir les activités de ces structures en Annexe VI.

Nous sommes très loin de l'offre de soins préconisée par l'arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices des besoins concernant les équipements psychiatriques. Si l'on se réfère à cet arrêté, la Guyane devrait compter entre 7 et 21 lits d'hospitalisation complète et entre 56 et 98 possibilités d'hospitalisation complètes et partielles. La Guyane ne dispose en janvier 2006 que de 5 places d'hospitalisation partielle et d'aucune en hospitalisation complète.

Il est important de noter qu'il n'y a pas de pédopsychiatres en dehors des secteurs de pédopsychiatrie et que des structures aussi importantes que le CAMSP, le CMPP et les autres établissements médico-sociaux recevant des enfants en sont dépourvus.

3. UFPI

3.1. Objectifs

- Renforcer et diversifier les prises en charges psychiatriques en ambulatoire dans les établissements pénitentiaires, et améliorer leur qualité, notamment en direction des personnes auteurs d'infractions sexuelles et présentant un trouble mental.
- renforcer la cohérence des prises en charge psychiatriques des personnes détenues en lien avec le personnel pénitentiaire (direction, surveillants, SPIP)
- intensifier la prise en charge psychiatrique des personnes détenues dans l'établissement.

- Améliorer l'accès à l'hospitalisation pour motifs psychiatriques et la qualité des soins en milieu hospitalier notamment par la mise en place d'une UHSA.
- Favoriser la continuité des soins psychiatriques aux personnes pendant leur détention et à leur sortie de prison.
- Développer la prévention du suicide de la population pénale par un repérage précoce du risque suicidaire imminent et un suivi coordonné des personnes présentant un risque élevé.⁷
- Assurer le dépistage et le soin des nombreux détenus toxicomanes.

3.2. Activité

Sont réalisées environ **5000 consultations annuelles** tous postes confondus (excepté le personnel du CSST), soit les quatre cinquièmes de la demande avec délais de réactivité compris entre 3 jours et deux semaines.

Une **consultation à la Maison d'arrêt pour femmes** (MAF) est réalisée toutes les deux semaines (sauf urgence).

Il n'existe **aucun travail de groupe** (suicidants, auteurs d'infraction sexuelle, ...). Il y a un **très faible taux de suivi post-pénal**.

La **concertation avec les autres établissements** (CSST, CMP, UCSA, Services d'hospitalisation en psychiatrie,...) est insuffisamment développée. La **collaboration avec les structures judiciaires et pénitentiaires** (Magistrats, Direction pénitentiaire, Surveillants, SPIP) est lointaine et inconstante.⁸

4. Prise en charge des toxicomanies

En 2000 il n'existait aucune structure d'accueil ou de soins pour les toxicomanes en Guyane. La seule association qui existait à l'époque, l'ASATOFA, a cessé son activité. A partir de 2000, la DSDS et ses partenaires institutionnels et associatifs ont mis en place des structures de prise en charge des personnes consommatrices de substances psychoactives ainsi que des structures d'accueil d'urgence.

4.1. Structures médicalisées

4.1.1. Alcool

Il y a 1 CCAA avec 2 antennes à Kourou et Saint Laurent du Maroni. Avec une file active de 172 malades alcooliques par an, le CCAA n'accueille qu'une faible partie de la population concernée par l'alcool.

Il y a 1 service d'addictologie, Amarante de 14 places. Le service assure l'hospitalisation des patients en difficulté avec les drogues pour permettre le sevrage aux produits, conforter un sevrage préalable et favoriser le maintien de l'abstinence.

⁷ Extrait du document de travail « Psychiatrie et Santé Mentale » projet de plan soumis à concertation – 2005-2008

⁸ Dr Patrick OLLIVIER – 10/06/05

Il n'existe aucune structure en communes isolées.

4.1.2. Toxicomanie

Il y a **3 CSST sur les 3 villes du littoral**, dont les effectifs sont les suivants :

- CSST Cayenne : 10 ETP ;
- CSST Saint Laurent 2,5 ETP et association In'pact 2 ETP
- CSST Kourou : 8 ETP.

Le **service d'addictologie Amarante** prend aussi en charge les toxicomanes.

Il y a **une consultation cannabis** au CSST de Cayenne avec 0,5 ETP de psychologue.

Il existe un projet de création de communauté thérapeutique de 35 places. Aucune structure n'est en place dans les communes isolées.

4.1.3. Consultation Anti-Tabac au CHAR

4.2. Structures d'accueil d'urgence

4.2.1. Relais drogue solidarité

L'association RDS propose un accueil de jour, tous les jours y compris le dimanche, aux **personnes en grande précarité** : toxicomanes, personnes séropositives ou atteintes du SIDA, alcooliques, personnes quittant la prostitution, sortant de prison, ou en démarche d'insertion.

Les **missions** réalisées par l'équipe de 10 professionnels sont :

- aide matérielle au quotidien : alimentation (80 repas/jour), soins, vêture, hygiène, hébergement de jour) ;
- permanence d'accès aux soins assurée par un infirmier ;
- orientation et accompagnement vers des structures de soins et d'actions sociales des toxicomanes et des personnes séropositives ;
- accueil des usagers toxicomanes non demandeurs de soins ;
- mise en place de stratégies de lutte contre les risques sanitaires de cette population (actions de réduction des risques) : SIDA, hépatites, alcoolisme, tuberculose... ;
- mise en place de séjours ressources de 5 jours en forêt ;
- mission épidémiologique en lien avec l'OFDT.

4.2.2. Samu Social

Actuellement, dans le cadre de ses "maraudes nocturnes", le Samu social assure les premiers soins quotidiens de la population des grands marginaux : premiers soins infirmiers, repas, boissons, orientation vers les services de soins spécialisés.

Le Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (**CHRS**), qui ouvrira ses portes en 2006, sera constitué de 13 chambres, soit une capacité maximale de 26 places (deux personnes par chambre). Il accueillera la population des « **grands exclus** », telle qu'elle est rencontrée par l'équipe du Samu social lors de ses maraudes : en majorité masculine (75 à 80% des personnes rencontrées en 2004) et française (75% des personnes rencontrées en 2004), concentrant des problèmes complexes (isolement familial, troubles psychiques, problèmes récurrents de santé, alcool, etc.) avec une particularité : le plus souvent « toxicomane au crack ». Un mi-temps d'infirmier sera affecté à la structure.

Si, comme l'association l'envisage, **les maraudes sont étendues aux journées, le temps infirmier** actuel sera vite insuffisant, et 0,5 ETP supplémentaire est à prévoir rapidement.

4.3. Structures de prévention

Les associations intervenant dans le domaine de la toxicomanie sont soit spécialisées, soit généralistes, la prévention toxicomanie n'étant qu'un volet de leur action.

Les associations spécialisées sont les suivantes :

1. équipe mobile de prévention de Kourou, (gérée par l'AKATI'J) ;
2. le CGPA ;
3. l'association Réseau T + ;
4. l'association ADDACAR ;
5. l'association In'pact à Saint Laurent du Maroni ;
6. l'association Bon Espoir pour l'alcool ;
7. les 3 CSST dont la mission de prévention est essentielle.

VI. TERRITOIRES DE SANTE

Les territoires de santé sont définis par l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation du système de santé. Leur découpage géographique doit permettre de définir l'organisation de soins en tenant compte des réalités locales indépendamment des limites administratives.

En raison de l'insuffisance de l'offre de soins et de sa relative fragilité, le découpage de la Guyane en plusieurs territoires de santé est prématuré pour la période 2006-2010. La Guyane est donc considérée comme un seul territoire de santé.

Par contre, il est important de réaffirmer l'importance des secteurs existants en psychiatrie générale et pédopsychiatrie : Secteurs Cayenne Est, Cayenne Ouest et Saint Laurent du Maroni, pour la psychiatrie générale et secteurs Cayenne et Saint Laurent du Maroni pour la psychiatrie infanto-juvénile.

VII. PREVISIONS DES ACTIVITES POUR LA PERIODE 2006-2010

Implantations, journées et places :

1. Psychiatrie générale :

Hospitalisation complète : 2 implantations : Cayenne et Saint Laurent du Maroni.

- Cayenne (84 lits – 27000 à 29700 journées)
- Saint Laurent du Maroni (12 lits à ouvrir courant 2007 – 2900 à 3800 journées).

Hospitalisation de jour : 2 implantations : Cayenne et Saint Laurent du Maroni.

- Cayenne 10 à 12 places.
- Saint Laurent du Maroni 15 places.

2. Psychiatrie Infanto-juvénile :

Hospitalisation complète : 2 implantations : Cayenne et Saint Laurent du Maroni.

- Cayenne (12 à 18 lits - 3500 à 5300 journées)
- Saint Laurent du Maroni (4 lits à ouvrir courant 2007 – 1100 à 1400 journées).

Hospitalisation de jour : 3 implantations : Cayenne, Kourou et Saint Laurent du Maroni.

- Cayenne : 15 à 20 places.
- Kourou : 5 à 10 places
- Saint Laurent du Maroni : 10 places.

VIII. RECOMMANDATIONS

Les besoins en soins psychiatriques et psychologiques de la population guyanaise augmentent de façon considérable, les exigences des usagers se font, à juste titre plus pressantes.

La Guyane reste nettement **déficitaire par rapport aux normes sanitaire et aux moyens psychiatriques métropolitains** où de plus existe un système libéral développé et performant.

Cette position n'est guère tenable, la population guyanaise ayant malheureusement comme tout un chacun son lot de troubles mentaux et de souffrance psychique avec émergence de pathologies tels les troubles démentiels, les complications psychiatrique de la consommation de drogue, les troubles des conduites alimentaires, les suicides, les états dépressifs, les états de stress post-traumatiques...

1. Psychiatrie générale

1.1. Pour le secteur de psychiatrie de l'Ouest Guyane

Le secteur de Saint Laurent du Maroni (secteur de psychiatrie adulte 98 G 03 et unité fonctionnelle de psychiatrie infanto juvénile du secteur 973 I 02) doit impérativement se doter dans les plus brefs délais de **16 lits d'hospitalisation à temps complet**, lui permettant d'assurer sa mission de service public, dans une partie du département en expansion démographique avec des particularités géographiques et ethniques très marquées.

Ces 16 lits d'hospitalisation seront répartis dans trois unités fonctionnelles comme suit :

- Une **unité d'hospitalisation à temps complet de 12 lits pour les adultes de plus de 16 ans** :

- 1 petite unité fermée de **4 lits** dont 2 cellules d'isolement pour les patients agités ou hospitalisés sous contrainte (HDT et HO).
- 1 grande unité ouverte de **8 lits** de court séjour où les patients sont hospitalisés en service libre (HL).

- Une petite unité ouverte de **4 lits** pour l'hospitalisation des **adolescents**.

Les détails du projet envisagé sont présentés dans l'annexe I.

Il faut d'autre part :

- **Consolider les équipes** médicale et paramédicale du CMP actuel ;
- Finaliser la **cellule de crise** dans le cadre du Service des Urgences du CHFJ ;
- Mettre en place de conventions avec des associations pour de **l'hébergement spécialisé**.

L'annexe I détaille les besoins pour ce secteur de psychiatrie en Guyane.

1.2. Création d'un CMP et d'un CATTP pour personnes de plus de 16 ans à Kourou

La mise en œuvre d'un CMP couplé à un CATTP de 10 places s'impose rapidement pour répondre aux besoins de santé mentale de cette partie du département.

La vocation d'un CMP et d'un CATTP est d'assurer des soins spécialisés de proximité, d'éviter les hospitalisations à temps plein ou au moins d'en réduire le nombre et la durée, de promouvoir des actions de prévention pour maintenir un bon niveau de santé mentale dans la population. Ce sont des outils indispensables dans le contexte guyanais actuel liant retard structurel et développement démographique. La création de ces structures est susceptible d'engendrer des économies de souffrance à la population et des économies financières dans une période de restriction budgétaire qui ne semble pas prête de prendre fin.

La création de cette structure serait en accord avec les besoins croissants de soins psychiatriques ambulatoires de la population de la ville de Kourou et de ces environs, ainsi qu'avec les recommandations du Plan « Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 » qui réaffirme les principes de proximité et de continuité des soins et de maintien du patient dans son environnement, ce qui passe par le renforcement du dispositif ambulatoire et de l'accès aux soins de proximité au sein des CMP (p.16). L'autre recommandation du plan (p.15) est la diversification des alternatives à l'hospitalisation à temps plein. C'est pourquoi il est nécessaire de coupler avec le futur CMP de psychiatrie générale de Kourou un CATTP de 10 places.

Ce couplage permettrait d'accroître la fonctionnalité des deux structures, de réduire la quantité de personnel médical, paramédical et administratif nécessaire à leur bonne marche et de limiter les frais de fonctionnement.

L'annexe II apporte des précisions quant à ce projet.

1.3. Création de places en famille d'accueil pour personnes de plus de 16 ans souffrant de troubles mentaux

La restructuration et la rénovation du service de psychiatrie du CHAR terminées en 2003 n'ont pas conduit à la création de lits et de places d'hospitalisation psychiatrique supplémentaires en Guyane.

La limitation des possibilités d'hospitalisation à temps plein peut, en partie, être compensée par des moyens de consultation et de traitement ambulatoires.

Il est nécessaire, pour éviter l'engorgement des unités d'hospitalisation, de raccourcir la durée des séjours. Ce risque ne peut être pris que si les structures ambulatoires de suivi rapproché existent. C'est le rôle essentiel des CMP et de leurs équipes pluridisciplinaires.

D'autre part, les troubles mentaux génèrent et/ou découlent de situations sociales complexes. Certains malades n'ont plus de famille, sont totalement isolés, ne sont pas capables de vivre de manières autonomes. Ils occupent de manières durables des lits qui font défaut pour traiter les situations aiguës.

La création de 12 place de d'accueil familiale thérapeutique en Guyane pour la Fédération de Psychiatrie Générale du CHAR (secteur 98G01 et 98G02) permettrait :

- De resocialiser et de desinstitutionaliser des personnes présentant des troubles mentaux chroniques accompagné de diminution de l'autonomie sociale.
- De désengorger les lits d'hospitalisation psychiatrique à temps plein du CHAR.
- De réinjecter dans l'économie locale une partie des revenus tirés de cette activité par les familles d'accueil.

L'annexe III apporte des précisions quant aux modalités du projet envisagé.

1.4. Mise en place d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie pour la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion :

2. Psychiatrie infanto-juvénile

2.1 – Reprise des recommandations des SROS I et II

- Extension de 5 à 15 places du service de jour de Cayenne
- Création à Cayenne d'un service d'hospitalisation complète de 12 lits
- Création à Cayenne d'un CMP pour adolescents
- Création d'une équipe mobile de CMP pour les communes éloignées.

2.2 – Recommandations communes aux trois groupes d'âge

- Création d'un service de familles d'accueil spécialisé en lien avec l'ASE
- Augmentation des capacités d'accueil des EMS
- Ouverture d'un centre pour polyhandicapés (lits + SESSAD)
- Etoffer l'équipe secteur pédopsychiatrie pour le travail de liaison : pédiatrie, maternité, PMI, ASE, foyers et établissements MS, le CAMSP, les structures de l'Education Nationale, la justice, services sociaux, CMPP, centres de santé...

2.3 – Recommandations par groupe d'âge

2.3.1. : 0/6 ans :

- création d'un centre de ressource Autistes (CRA) ayant pour but le dépistage le plus précoce possible des troubles envahissants du développement, la création et l'animation d'un réseau avec les différentes structures prenant en charge les enfants atteints d'autisme et d'autres troubles envahissants du développement, ainsi que l'organisation de l'information des familles et de la formation du personnel.
- Kourou : ouverture d'un CAMSP plus un service de jour de 5 places
- Saint Laurent du Maroni : Ouverture d'un CAMSP, d'un CMP, d'un CATTP et d'un service de jour

2.3.2. : 6/11 ans :

- Création d'un second CMP à Cayenne (Cayenne SUD)
- Renforcer le CMP de Kourou plus un service de jour de 5 places

- Ouverture d'une classe spécialisée de l'EN pour les TEDSDI (Trouble Envahissant du Développement sans déficit Intellectuel)
- Créer un réseau avec les structures scolaires, les services sociaux, les établissements médico-sociaux et la justice, ayant pour missions :
 - la mise en place d'un suivi des réseaux et projets
 - l'élaboration des procédures et protocoles concernant les relations entre les structures
 - Création d'une équipe de liaison
- Améliorer la collaboration entre CMP et CMPP.

2.3.3. 12/18 ans :

- Création d'une maison des adolescents associant le secteur de pédopsychiatrie et les autres services intervenant auprès des adolescents comme la PJJ et comprenant des structures d'accueil, d'écoute, de soins ambulatoires et d'information, avec des possibilités d'hébergement de courte durée.
- Création d'une structure de type foyer mères enfants pouvant recevoir en priorité les jeunes mères adolescentes en difficulté et leur bébé.
- Mise en place d'un comité de suivi des propositions du SROS III.
- Aux urgences :
 - établir les procédures d'accueil et améliorer la prise en charge des adolescents, en particulier suicidaires.
 - établir les enregistrements de passage et des fiches de suivi pour les adolescents suicidaires.
- développer le travail des réseaux entre les intervenants dans les champs de l'adolescence et la préadolescence.

3. Prise en charge psychiatrique en milieu carcéral

Le projet de réaménagement de l'UFPI, envisagé par l'équipe du service, dont la mise en place dépend de l'administration pénitentiaire, est présenté en annexe IV.

3.1. Intensifier et diversifier les prises en charge psychiatriques des personnes détenues

3.1.1. Création de groupes de travail pour les trois communautés linguistiques principales

Les thèmes envisagés de ces groupes de travail sont :

- Les auteurs d'infractions sexuelles ;
- Les suicidants ;
- Les psychopathies féminines et masculines ;
- Les schizophrènes en milieu carcéral.

3.1.2. Création de groupes de travail pour les jeunes délinquants incarcérés

Il s'agit de mener une action de sensibilisation et éducation civique en partenariat avec la PJJ.

3.1.3. Groupe de travail /médecine traditionnelle

La mise en place de ce groupe de travail est nécessaire pour la prise en charge des délinquants de culture traditionnelle différente (séances de washî, chamanisme).

3.1.4. Evaluation et prise en charge ergothérapeutiques

Il s'agit de réaliser une évaluation des compétences au travail et des rythmes professionnels.

3.1.5. Hébergement d'un CSST intracarcéral

Avec en corollaire :

- création d'un intersecteur de psychiatrie pénitentiaire
- augmentation de l'effectif des soignants :
 - création d'un poste de psychiatre PH-Chef de service ;
 - création de 3 postes ETP d'IDE ;
 - création de 1 ½ ETP de psychologue clinicien ;
 - création d'1 ETP médiateur culturel ;
 - création d'1/2 ETP secrétaire médicale ;
 - création d'1/2 ETP de CS (cadre de santé) ;
 - création d'1 ETP d'ergothérapeute ;
 - création d'1/2 ETP "soignant traditionnel".

3.2. Répondre plus complètement et plus rapidement à la demande de consultations

- Informatisation du pôle infirmier, assorti d'un logiciel cohérent avec les prises en charge en milieu carcéral (notamment les logiciels médicaux compatibles avec GIDE) ;
- Augmentation de l'effectif d'IDE temps plein qui doit passer de 3 à 6 ETP ;
- Augmentation de l'effectif des PH temps plein qui devrait passer de 1 à 2 ETP ;
- Augmentation de l'effectif des Psychologue cliniciens qui doit passer de 1 ½ à 3 ETP ;
- Augmentation de l'effectif des médiateurs culturels qui devrait passer de 1 ETP à 2 ETP ;
- Augmentation du temps de travail du secrétariat médical, pour saisie quotidienne des dossiers et meilleure communication avec les patients et les partenaires professionnels ;
- Création d'un temps plein de cadre de soins afin d'assurer une surveillance complète de l'organisation des soins ;

3.3. Participer régulièrement à toutes les réunions institutionnelles de l'Administration pénitentiaire qui concernent les détenus

Il s'agit de la commission d'orientation, la commission de prévention du suicide. Il faut une augmentation du personnel médical et paramédical en conséquence.

3.4. Etre représentés à toutes les manifestations de la Fédération de psychiatrie

La participation à toutes les manifestations (séminaires, réunions, formations...) de la Fédération de psychiatrie, proposées au personnel médical et paramédical, nécessite l'attribution d'un véhicule par le CHAR, et la mise en réseau (intranet) avec les structures intra et extra-hospitalières.

3.5. Développer le réseau relationnel avec les autres structures psychiatriques

Il s'agit de pouvoir assurer le relais du suivi post-pénal des détenus présentant ou ayant présenté des troubles mentaux.

Il faut mettre en œuvre un système de liaison avec notamment l'unité d'hospitalisation (WAPA) où sont hébergées les personnes relevant de l'article L.398 du CPP.

Un membre de l'équipe doit participer systématiquement à la commission de l'application des peines, aux réunions PJJ, aux réunions CSST.

4. Prise en charge des addictions

Les besoins identifiés, base de réflexion pour l'élaboration des recommandations sont exposés dans l'annexe V.

4.1. Mobilisation des médecins de ville

Il faut mobiliser les médecins de ville en les associant de façon participative au réseau addictions. Un dialogue avec les médecins de ville doit être engagé pour les amener à considérer l'interrogatoire sur les produits nocifs comme partie intégrante de la prévention. Création d'un réseau de santé spécialisé en addictologie (projet porté par le réseau T+)

4.2. Développer les moyens des structures de prise en charge

4.2.1. Pour les pathologies liées au crack et à l'alcool

- **Ouverture de la communauté thérapeutique** de Cayenne début 2006 :
 - les effectifs prévus : 18 ETP pour 35 résidents accueillis 24 h/24 ;
 - les financements sont assurés par l'assurance maladie.
- **Création d'un CAARUD** : le projet est en cours mais aucune certitude ni même d'information sur le financement actuellement, La structure serait adossée à

l'association RDS qui répond déjà à la plupart des critères requis pour fonctionner comme CAARUD, sauf la distribution de matériel de prévention.

- **Développement des effectifs des CSST :**

- *par la médicalisation* en particulier ceux de Kourou et de Saint Laurent du Maroni qui n'ont pas de médecin, consolidation du temps médical de Cayenne, sans médecin depuis 2 mois, création de temps infirmier sur Kourou et pérennisation du temps infirmier sur Saint Laurent du Maroni.
- *par l'augmentation des effectifs éducatifs et sociaux éducatifs* sur Kourou (augmentation de l'activité de l'équipe mobile de prévention) et Saint Laurent du Maroni (création d'une équipe de travail de rue).
- *par le développement de l'antenne intra carcérale du CSST de Cayenne* par l'extension du module de remobilisation des toxicomanes incarcérés (triplément de l'action) et par l'organisation d'une prise en charge spécifique des toxicomanes en milieu pénitentiaire tant du point de vue des soins que du point de vue de la prévention.

- **Extension et consolidation du temps du personnel des CCAA** et création d'antennes et de consultations sur Saint Georges et Maripasoula pour la prise en charge spécifique des populations Amérindiennes, et de façon globale, des jeunes et des femmes en difficulté avec l'alcool.

- **Création de 10 appartements de coordination thérapeutiques supplémentaires** (4 à Saint Laurent du Maroni, 2 à Kourou et 4 à Cayenne), ce qui devrait permettre d'une part la réduction de la durée des séjours à Amarante et d'autre part de consolider l'abstinence, premier pas vers la réinsertion sociale.

4.2.2. Pour le cannabis

Il faut créer une consultation sur Kourou et une autre sur Saint Laurent du Maroni auprès des CSST.

Parallèlement, il s'agit **d'augmenter le temps d'ouverture de la consultation** de Cayenne, de **faire connaître l'existence de la consultation** auprès des jeunes en demande d'aide, auprès des familles de ces jeunes, auprès des professionnels (enseignants, éducateurs sportifs, éducateurs sociaux).

4.3. Eviter le retour à la dépendance

4.3.1. Par une sortie de la rue et des squats

Il s'agit d'offrir **un logement et un accueil de jour, temporaire ou d'urgence, ou bien définitif et à caractère social.**

Concernant l'hébergement temporaire ou d'urgence :

- Ouverture effective des 26 places d'accueil de nuit de l'association RDS.
- Création de 26 places d'hébergement de nuit pour le CHRS du Samu Social sur Cayenne, et création de 2 structures équivalentes (20 places x 2) à Kourou et Saint Laurent du Maroni. Le projet est inscrit au plan départemental de lutte contre la toxicomanie.

- Passer à 10, d'ici 2008 le nombre des appartements thérapeutiques pour les toxicomanes. Actuellement, 2 pour les sortants de prison et 2 pour des patients suivis par le CSST de Kourou.
- Finaliser le projet de création de 10 appartements thérapeutiques pour des personnes atteintes du VIH et/ou toxicomanes.
- Création de 2 « boutiques » sur le type de RDS à Kourou et Saint Laurent du Maroni, qui interviendraient en relais du CAARUD en cours de constitution sur Cayenne.
- L'ouverture d'une structure d'accueil pour les jeunes filles enceintes ou jeunes mères toxicomanes est nécessaire. Le fonctionnement de cette unité, dont le projet détaillé figure dans le plan départemental de lutte contre la toxicomanie, est assuré par une équipe de liaison.

Concernant l'hébergement définitif et à caractère social, il s'agit de réinsérer le toxicomane abstinent dans le circuit normal du candidat à un logement social.

4.3.2. Par la construction d'un projet de vie : l'insertion sociale et professionnelle

Il s'agit de :

- **favoriser le développement des actions de resocialisation :**
 - des toxicomanes sortants de prison par la poursuite et l'extension de l'action de remobilisation des toxicomanes incarcérés, menée depuis plusieurs années au centre pénitentiaire de Remire Montjoly ;
 - des toxicomanes accueillis au Relais drogue solidarité par le développement des séjours de rupture en forêt.
- **mettre en œuvre le projet de resocialisation** élaboré par la communauté thérapeutique de Guyane dont la création est en cours.
- **créer une équipe d'insertion pluridisciplinaire** relevant des 3 CSST, de la communauté thérapeutique, du Samu Social et travaillant en coordination avec le réseau addictions, dont les actions porteront sur :
 - L'ouverture des droits sociaux ;
 - La régularisation de séjour ;
 - L'organisation de stages de formation ;
 - Les aides à la recherche d'emploi.

4.4. Développer les actions et les structures de prévention

- développer le volet prévention dans l'activité des CSST ;
- soutenir et former les intervenants associatifs œuvrant dans la prévention ;
- renforcer le travail en partenariat avec l'ensemble des acteurs institutionnels de la prévention : éducation nationale, CIFAD, gendarmerie, douanes, mission locale, PJJ, SPIP, DDJS, CGSS, DSP du conseil général, l'agence départementale d'insertion.
- développer l'activité du réseau addictions en particulier dans le domaine de la formation des acteurs de terrain ;
- organisation d'un réseau d'intervenants relais en communes isolées et dans les quartiers pour des actions de prévention des pratiques "addictives", en lien avec l'équipe mobile de prévention de Kourou, les centres de santé, l'éducation nationale.

Cette action s'inscrit dans l'un des axes du PRSP relatif à « la déclinaison territoriale des objectifs du PRSP ».

4.5. Renforcer les mesures de rappel à la loi

- en développant **le prononcé des mesures d'injonctions thérapeutiques et de rappel à la loi**
 - en renforçant les contrôles et l'activité des services répressifs (police, justice, gendarmerie) ;
 - en créant du temps médical pour le suivi thérapeutique de ces délinquants consommateurs ou dealers.
- en **réduisant le trafic** par l'élaboration d'un plan d'intensification de la lutte contre le trafic de drogues, plan demandé par le Président de la MILDT lors de sa venue en Guyane en juin 2005 ;
- en **supprimant les « scènes ouvertes » de vente** dans les lieux connus de tous les consommateurs.

5. Recommandations pour les établissements Médico-Sociaux :

- manque de place criant dans les structures MS :
- CME pour déficitaires profonds
- IMED pour déficitaires moyens
- IME pour artistes

- augmentation des capacités du CME de Cayenne avec création d'IMPRO (soit 26 places IME + 24 places IMPRO)
- création d'un IMPRO de 40 places pour porter la capacité à 60 places et à 60 pour l'IMP. (IMED)
- création d'un IMP sur Saint Laurent du Maroni de 10 à 15 places.

IX. GLOSSAIRE

AAH : Allocation Adulte Handicapé
AME : Aide Médicale d'Etat
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASATOFA : Association d'aide aux toxicomanes et à leurs familles (dissoute en 1998)
CA : Conseil d'Administration
CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAT : Centre d'Aide par le Travail
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoolologie
CGPA : Comité Guyanais de Prévention de l'Alcoolisme
CGSS : Caisse Générale de la Sécurité Sociale
CHAR : Centre Hospitalier Andrée Rosemon (Cayenne)
CHFJ : Centre Hospitalier Frank Joly (Saint Laurent du Maroni)
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIASIC : Centre Intercommunal d'Action Sociale de l'Île de Cayenne
CIFAD : Centre Interministériel de Formation Anti Drogues
CMP : Centre Médico Psychologique
CMPI : Centre Médico-Psychologique Infanto-juvénile
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMU : Couverture Maladie Universelle
CP : Centre Pénitentiaire
CSMI : Centre de Santé Mentale Infantile
CSST : Centres de Soins Spécialisé pour Toxicomanes
DDJS : Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports
DOM : Département d'Outre-Mer
DSDS : Direction de la Solidarité et du Développement Social (anciennement DDASS)
DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders quatrième version (classification standardisée des différents troubles mentaux)
DSP : Direction générale adjointe Solidarité-Prévention (Conseil Général)
DSU : Développement Social Urbain
EHPAD : Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes
ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense
ETP : Equivalent Temps Plein
FNPEIS : Fond National de Prévention d'Education et d'Information en Santé
HDJ : Hôpital de Jour
HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
HO : Hospitalisation d'Office
HTC : Hospitalisation à Temps Complet
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IME : Institut Médico-Educatif
IN'PACT : Information, prévention et association contre la toxicomanie
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
JAPD : Journée d'Appel de Préparation à la Défense

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
ORSG : Observatoire Régional de la Santé de Guyane
PH : Patricien Hospitalier
PJJ : Projection Judiciaire de la Jeunesse
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
PU-PH : Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
RDS : association Relais Drogue Solidarité (Cayenne)
Réseau T + : Réseau toxicomanies pluridisciplinaire
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
TREND : Tendances Récentes et Nouvelles Drogues
UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
UFPI : Unité Fonctionnelle de Psychiatrie Intra-carcérale
UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

ANNEXES

ANNEXE I

PROJET POUR LA CREATION D'UN SERVICE D'HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET A SAINT LAURENT DU MARONI

Ce projet concerne le secteur de psychiatrie adulte 98 G 03 et le secteur de psychiatrie infanto juvénile 973 I 02, et l'annexe présentée ci-dessous correspond à un document élaboré par le Dr Pierre GAY LE MAITRE, daté du 15 novembre 2005.

En 1996, un Secteur de Santé Mentale Adulte, (98 G 03), est créé pour tout l'ouest guyane (Arrêté préfectoral N° 96-1249/2D/3B/DDASS/TUT du 20 Août 1996).

Vient ensuite la création d'un Secteur Infanto Juvénile, définitivement identifié en 2003, (973 I 02) (Arrêté ARH/2003/N°5 complétant l'Arrêté ARH/2002/n°10).

Le **S.R.O.S. I (1995)** estimait les besoins théoriques en services, selon les indices retenus pour la Guyane à l'horizon **2005**, en santé mentale pour l'entité Maroni, comme suit :

≈ **Besoins en psychiatrie générale** (indice partiel 0.8/1000 habitants) :
36 lits ou places, un CMP, une formule de soins ambulatoires à temps partiels ;

≈ **Besoins en psychiatrie infanto – juvénile** (indice partiel 0.3/1000 habitants) : **8 lits** ou places, un CMP, une structure à temps partiel.

En 2005, dans le cadre du Plan « **Psychiatrie et santé mentale 2005-2008** », le ministère a prévu des moyens nouveaux exceptionnels pour financer les activités de Psychiatrie.

A cette occasion nous proposons de renouveler nos demandes d'autorisation en répondant, très précisément à l'ARH (courrier du 29 juillet 2005), qui réclame de revoir et de déposer à nouveau le dossier de la demande de Création d'un Service de Psychiatrie pour une Hospitalisation à Temps Complet **POUR 16 LITS « ADULTES » déposée en avril 2002.**

1. Rappel des demandes d'autorisation déposées au SROS III, par secteur et par ordre de priorité

1.1. Pour le secteur de psychiatrie adulte 98 G 03

1. **Consolidation de l'équipe** médicale et paramédicale du CMP actuel, pour :

- La création d'un **accueil en CATTP, 5 places**, en liaison directe avec le CMP ;
- Le développement du soin relationnel **en psychiatrie de liaison** ;
- Le développement des **missions de prévention et de soins extrahospitaliers** sur le secteur.

2. Finalisation de la **cellule de crise** pour **3 espaces**, dans le cadre du Service des Urgences du CHFJ.

3. Création d'une **unité d'hospitalisation à temps complet de 12 lits**, 4 lits sous contrainte (loi de 1990) et 8 lits d'hospitalisation libre de courte ou moyenne durée.
4. Création d'un **hôpital de jour de 15 places**.
5. Mise en place de conventions avec des associations pour de **l'hébergement spécialisé**.
6. Mise en place d'une **unité fonctionnelle de psycho gériatrie**, en lien avec l'EPHAD.
7. **Harmonisation, mutualisation, médicalisation, des services en addictologie** sur le secteur.

1.2. Pour l'unité fonctionnelle de psychiatrie infanto juvénile du secteur 973 I 02

1. Création d'un **CMP** et d'un **CATTP**, « maison de l'enfant et de l'adolescent ».
2. Création d'une **hospitalisation à temps complet de 4 lits**.
3. Création d'un **hôpital de jour de 10 places**.
4. Développement des **missions de consultations de liaison** sur le secteur.
5. Création d'**hébergements spécialisés** en famille d'accueil (**12 places**).

2. Plan pour la création d'une unité d'hospitalisation à temps complet de 16 lits

L'Hospitalisation à Temps Complet pour des Troubles Psychiatriques n'est pas offerte faute de lits.

Il faut pourtant maintenir et traiter des patients psychotiques, y compris sous contrainte, (Loi de 1990). Il est nécessaire d'offrir une observation sécurisée, à moyen terme, mesure légale pourtant, pour des patients suicidaires, et/ou des patients plus légèrement perturbés.

L'unité d'hospitalisation à temps complet de **16 lits** comprendrait :

- 12 lits en psychiatrie adulte ;
- 4 lits en psychiatrie infanto juvénile.

Ce dossier d'autorisation renvoie bien à la demande de création d'un service hospitalier de 16 lits déposée en 2002 par Mme le Dr KLEIN.

Il doit être précédé par la **finalisation de la cellule d'urgence psychiatrique**.

2.1. Finalisation de la « cellule de crise psychiatrique » à l'urgence

Le projet a été validé en 1999, et il est **en attente de finalisation depuis 2002**, pour **1 place de contention et 2 places d'observation psychiatriques** médicalisées pour 48 h maximum.

Cette « cellule de crise » tente de résoudre les problèmes les plus lourds en termes de dangerosité qu'entraînent les troubles psychiatriques aigus et qui nécessitent un encadrement spécifique à l'urgence du CHFJ.

Cette « cellule de crise » doit être évidemment **intégrée au Service des Urgences**.

Nous réclamons que le projet de cellule de crise psychiatrique soit finalisé par :

- **L'attribution d'espace à l'urgence pour la Psychiatrie :**

- ✓ Au-delà de 1 cellule sécurisée actuelle ;
- ✓ 1 bureau de consultation ;
- ✓ 1 box de 2 places pour 48 heures maximum.

- La **collaboration par convention d'objectif du personnel** de l'Urgence avec une attribution de personnel spécifique.

- La **création d'une plage d'astreinte** pour les personnels du CMP, infirmiers, psychologue (grâce à un renforcement de l'équipe du CMP).

- La **formation** de ces personnels aux problématiques de l'urgence psychiatrique.

2.2. Une hospitalisation à plein temps de 16 lits

- **4 lits** en hospitalisation sécurisée, pour l'Hospitalisation sous contrainte selon la loi de 1990, pour les **HDT et HO** (dont **2 cellules d'isolement**).

- **8 lits** de court et moyen séjour en hospitalisation ouverte, pour les **HL**.

- **4 lits** pour l'hospitalisation complète des enfants et des adolescents.

3. Motivations du projet

3.1. Cohérence du projet avec le projet médical

Le service de psychiatrie du CHFJ doit assurer toutes les missions dévolues au secteur psychiatrique 98 G03 créée lors de la sectorisation en 1996 (Arrêté préfectoral N° 96-1249/2D/3B/DDASS/TUT du 20 Août 1996).

Il fait partie, selon le modèle évolutif proposé par Gérard MASSE, de la catégorie « structure ouverte » intégrée dans un Centre Hospitalier Général.

La psychiatrie transculturelle est la spécificité de ce secteur.

Il couvre un secteur de psychiatrie adulte et une unité fonctionnelle, en sous-secteur, infanto juvénile qui s'étend du nord au sud d'Awala – Mana à Maripasoula, d'est en ouest d'Iracoubo à Saint Laurent du Maroni.

Or ces chiffres sont largement sous-évalués puisque depuis la guerre civile du Surinam (1986), pays frontalier, les « personnes provisoirement déplacées du Surinam » se sont définitivement installées sur le sol français et pour la plupart y sont restées en situation irrégulière.

Dans les années à venir la projection démographique doit tenir compte :

- D'une part de la régularisation de ces personnes sur le sol guyanais ;
- D'autre part du taux de naissance élevée dans la population noire-marrone qui constitue à 75 % la communauté majoritaire de notre région. L'augmentation moyenne du nombre d'accouchements à la maternité de Saint Laurent du Maroni est de plus de 5 % par an.

Cette projection fait avancer le chiffre minimum de 60 000 habitants en 2005.

Le projet médical du service doit également tenir compte du fait que notre secteur « ouvert » n'est pas l'aboutissement d'un modèle évolutif et donc ne s'appuie pas sur des structures intermédiaires (hospitalisation à temps complet) ou alternatives (structure médico-sociales type MAS, CAT, Services à domicile, IME) qui auraient existé ou qui auraient été mise en place depuis la sectorisation, tout est à créer et sera question de choix prioritaires pour répondre au mieux à la population, dont plus de la moitié à moins de 20 ans.

Enfin ces choix prioritaires doivent tenir compte de la définition du champ de la psychiatrie qui est celui du médical et s'adresse donc à la pathologie mentale. Les psychiatres du service seront pleinement responsables des traitements dispensés et de leur qualité. Ils seront vigilants à ne pas laisser glisser leurs compétences médicales vers le champ médico-social ou simplement social par manque de moyens mis en place par les tutelles politiques pour répondre aux maux spécifiques de la société.

3.2. Cohérence du projet avec le projet d'établissement

Le CHFJ a inscrit dans ses priorités immédiates, en premier lieu l'extension du service d maternité obstétrique, en second l'aménagement des urgences et en troisième la création de lits de psychiatrie à temps complet.

Les dernières délibérations du CA et du CTP indiquent que les installations de création dans l'ancien hôpital ne peuvent être que provisoires, (pour la maternité), et que toute nouvelle création sera établie sur le nouveau site des « Malgaches », lieu du futur Hôpital.

Pour être cohérent avec le projet d'établissement ce projet de lits de psychiatrie, voir d'Hôpital de jour attenant devra être programmé sur le nouveau site.

Le service interne de psychiatrie précèderait ainsi les arrivées des nouvelles structures pour la Médecine, l'obstétrique, la chirurgie et la pédiatrie.

Cela pose le problème de l'éloignement de ce service du plateau technique du M.C.O.P. et de l'isolement de l'équipe de Psychiatrie par rapport aux collègues de l'Hôpital.

Mais il ne serait que provisoire...

Cela conforte la demande première d'aménagement de la cellule de la Psychiatrie à l'Urgence du CHFJ.

3.3. Cohérence avec le projet présenté au SROS III

Dans le cadre de notre participation aux travaux du SROS 3^{ème} génération, nous réclamons, pour le secteur 98G03 de Saint Laurent du Maroni, qu'il se dote dans les plus brefs délais de 16 lits d'hospitalisation à temps complet, lui permettant d'assurer sa mission de service public, dans une partie du département en expansion démographique avec des particularités géographiques et ethniques très marquées.

4. Présentation du projet

Non jugée prioritaire dans les années précédentes, la création d'une unité de 16 lits d'hospitalisation psychiatrique à temps complet était cependant déjà inscrite dans le SROS 1^{ère} génération de 1995.

Elle a été présentée à nouveau par Madame le Dr Catherine KLEIN au SROS 2^{ème} génération en 2000.

Elle est à nouveau d'actualité en 2005 et nous redonnons l'entité du projet.

Comportant 3 sous unités fonctionnelles :

- 1 petite unité fermée de **4 lits** dont 2 cellules d'isolement pour les patients agités ou hospitalisés sous contrainte (HDT et HO).
- 1 grande unité ouverte de **8 lits** de court séjour où les patients sont hospitalisés en service libre (HL).
- 1 petite unité ouverte de **4 lits** pour l'hospitalisation des adolescents.

Ce service de psychiatrie polyvalente d'hospitalisation recevant les malades des deux sexes sera organisé sur le plan architectural et fonctionnel pour **permettre à une seule équipe de gérer les soins hospitaliers des 3 catégories de patients accueillis.**

Il devra comporter un maximum de chambres individuelles.

La sécurité des malades et du personnel doit être une préoccupation centrale de l'organisation de ce service qui sera habilité à recevoir les hospitalisations sous contrainte.

Outre les chambres, sanitaires, salles de soins et bureaux, des lieux de vie, des espaces de détente, d'activités, de réunions doivent être largement prévues en superficie et en nombre.

4.1. Besoins de la population auxquels le projet prétend répondre

Les hospitalisations « obligatoires » sur CAYENNE, faute de lits à Saint Laurent du Maroni, sont de **93 en 2004** avec **une moyenne de séjour de 40 jours.**

Ceci amène déjà à une occupation assurée de 10 lits par jour toute l'année (sur 14 lits adultes).

Sachant que nous nous évertuons à ne pas hospitaliser nos patients, faute de service adapté aux situations locales à Cayenne.

Sachant que nous n'offrons aucune hospitalisation aux suicidaires, alors que ce serait réglementaire pour 72 heures.

Sachant que ces hospitalisations ne concernent aucun enfant ou adolescent actuellement, c'est la raison de la demande des 2 lits prévus à cet effet qui seront évidemment remplis.

Sachant que le taux de remplissage des lits **MCOP**, Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Pédiatrie du CHFJ se rapproche des 100% nous prévoyons actuellement des sorties de plus en plus rapides des patients de psychiatrie.

Nous prévoyons un taux de remplissage voisin des 100% pour les futurs lits de psychiatrie polyvalents de Saint Laurent du Maroni.

1. **Réponse aux besoins de la population : en raison** de l'éloignement du CHFJ, la présence d'un CMP à Saint Laurent du Maroni, correspond au minimum nécessaire pour garantir l'égal accès aux soins des populations de l'Ouest Guyanais.
2. **Comptabilité avec la carte sanitaire** : le S.R.O.S. première génération (1995) estimait, selon les indices retenus pour la Guyane, les besoins théoriques à l'horizon 2005 en santé mentale pour l'entité Maroni comme suit :

≈ **Besoins en psychiatrie générale** (indice partiel 0.8/1000 habitants) : **36 lits** ou places, un CMP, une formule de soins ambulatoires à temps partiels ;

≈ **Besoins en psychiatrie infanto – juvénile** (indice partiel 0.3/1000 habitants) : **8 lits** ou places, un CMP, une structure à temps partiel ;

Avec bien évidemment les moyens humains et matériels correspondant. Tout ceci pour une population évaluée à 60 000 habitants dont 23 000 enfants.

3. **Comptabilité avec les objectifs du S.R.O.S. III** : la présence de ce service au CHFJ respecte les objectifs opérationnels retenus par le SROS, c'est-à-dire :
 - ✓ Améliorer l'accès aux soins,
 - ✓ Offrir une qualité et une sécurité de soins optimale.

4.2. Engagement du demandeur

L'établissement s'engage à respecter les effectifs et la qualification du personnel du présent rapport et à mettre en œuvre une évaluation. La définition des méthodes d'évaluation est en cours d'élaboration, en prévision notamment de l'accréditation et de la mise en place de Contrats d'Objectifs et de Moyens.

4.3. Dossier des personnels

4.3.1. Personnel Médical

Etat actuel par discipline et spécialité des médecins exerçant ou appelés à exercer dans l'établissement

- 3 ETP PH Psychiatre adulte ;
- 1 ETP Assistant spécialiste adulte ;
- 1 ETP PH Pédopsychiatre.

Effectif souhaité et demandé an supplémentl (pour les cinq ans à venir) :

- 1 ETP PH Psychiatre adulte, classé en poste prioritaire ;
- 1 ETP PH Géronto psychiatre ;
- 1 ETP PH Pédopsychiatre, classé en poste prioritaire ;
- 1 ETP Assistant spécialiste pédo psychiatre.

4.3.2. Liste du personnel paramédical et non médical prévisionnel

POUR LE SERVICE HOSPITALIER DE PSYCHIATRIE

Pour l'hospitalisation à temps complet en psychiatrie adulte

Tout le personnel est **supplémentaire**.

Le **personnel médical** se répartit sur les **deux types d'hospitalisation** et il est **mutualisé avec le CMP et le CATTTP**:

- 1 psychiatre adulte, ETP et 1 geronto psychiatre, ETP, en plus de l'effectif théorique actuel.

Personnel paramédical :

- 1 Cadre Infirmier, 1 ETP pour l'ensemble du service hospitalier ;
- 1 Assistant Social, dont l'activité serait à l'interne du service et pour l'ensemble ;
- 1 psychologue, 1/2 ETP (1/2 ETP HDJ) ;
- 12 infirmiers, dont 4 de nuits, 12 ETP ;
- 6 aides-soignants, 6 ETP ;
- 1/2 secrétaire, 1/2 ETP (1/2 ETP à l'HDJ).

Pour l'hospitalisation de jour de psychiatrie adulte

- 1 psychologue, 1/2 ETP (1/2 ETP à l'HTC) ;
- 2 éducateurs spécialisés, 2 ETP ;
- 1 éducateur sportif, 1 ETP ;
- 2 ergothérapeute-arthérapeute, 2 ETP ;
- 4 infirmiers, 4 ETP ;
- 4 aides-soignants, 4 ETP ;
- 3 temps pleins d'accueillants et médiateurs culturels, 3 ETP. Mutualisés avec l'hospitalisation à temps complet ;
- 1/2 secrétaire, 1/2 ETP (1/2 ETP à l'HTC).

Pour l'hospitalisation à temps complet en psychiatrie infantojuvénile

Personnel médical réparti sur les **deux types d'hospitalisation** et **mutualisés avec le CMP et le CATTTP**:

- 1 pédopsychiatre, ETP en plus de l'effectif théorique actuel ;
- 1 Assistant spécialiste en Pédopsychiatrie supplémentaire.

Personnel paramédical :

- 1 Cadre Infirmier, 1 ETP pour l'ensemble du service de psychiatrie hospitalier interne et CMP externe infantojuvénile ;
- 1 Assistant Social, dont l'activité serait à l'interne du service et pour l'ensemble de la Pédopsychiatrie ;
- 1 psychologue, 1/2 ETP (1/2 ETP HDJ) ;
- 4 infirmiers, dont 2 de nuits, 4 ETP ;
- 4 aides-soignants, dont 3 de nuit 6 ETP ;
- 1/2 secrétaire, 1/2 ETP (1/2 ETP HDJ).

Pour l'hospitalisation de jour psychiatrie infanto juvénile

- 1 psychologue, 1/2 ETP (1/2 ETP HTC) ;
- 2 infirmiers, 2 ETP ;
- 2 aides-soignants, 2 ETP ;
- 3 aides maternelles, 3 ETP ;
- 1/2 secrétaire, 1/2 ETP (1/2 ETP HTC).

Pour l'équipe de la psychiatrie adulte en externe

L'équipe actuelle qui assume l'ensemble des tâches dévolues au secteur de psychiatrie (**CMP polyvalent**), moins les hospitalisations, comprend en potentiel (3 praticiens sont effectivement recrutés au 1er octobre 2005, et 2 à venir incessamment) :

Les psychiatres :

- Psychiatrie Adulte **5 ETP** : 6 Psychiatres dont 2 psychiatres à ½ temps, leur autre ½ temps étant au CSST et à l'EPHAD.
- Geronto psychiatrie **un ½ ETP** : 1 Psychiatre à ½ temps (grâce au ½ temps de l'EPHAD).
- Addictologie **1 ETP** : 2 Psychiatres à ½ temps pris sur le pool des psychiatres « adulte » (grâce au ½ temps du CSST)
- Pedo Psychiatrie **1 ETP** : 2 Psychiatres à ½ temps

Les psychologues :

- 1 ETP polyvalent de psychologue clinicien ;
- 1 temps partiel car mutualisé avec les services de l'Hôpital, d'Anthropologue, Médiatrice Culturelle.

Les infirmiers :

- 1 Cadre Infirmier mutualisé sur tout le dispositif de psychiatrie externe ;
- 7 ETP infirmiers.

Une secrétaire.

Dans un futur idéal, **la psychiatrie adulte en externe, le CMP adulte assumera :**

- o la finalisation de la **cellule d'urgence**,
- o la garde et l'**astreinte psychiatrique polyvalente**, tant à l'Hôpital que sur le secteur,
- o la création d'un **CATTP** de 5 places,
- o le renforcement des **Consultations – Liaisons** auprès des services de l'hôpital et du secteur,
- o les **consultations sur le secteur**, dans les centres de santé,
- o les **visites à domicile**.

Il est tout à fait nécessaire :

- de lui **conserver son potentiel** existant au niveau de la psychiatrie adulte en externe, en consultation liaison et à l'urgence.
 - **Le cadre infirmier**, mutualisé sur tout le dispositif de psychiatrie externe, adulte et infanto juvénile.

- Les **7 postes d'Infirmiers**, devront être ainsi conservés car ils se répartissent sur tous les pôles d'activité externe :
 - 3 pour assumer les co-consultations au CMP et les soins au CATTP, les VAD ;
 - 2 pour assumer les consultations décentralisées sur le secteur, les accompagnements de patients ;
 - 2 intégrés dans la liaison à l'urgence de l'Hôpital, potentiellement sur astreinte.

- de **le renforcer** par :

- **1 poste de Psychologue**, ETP, plus spécifiquement dirigé vers l'Hôpital et ses services, l'Urgence.
- **1 poste d'Anthropologue**, ETP, pour les consultations éloignées, et les projets de Psychiatrie transculturelle en cours, LE SUICIDE.

Et pour le CATTP de 5 places, il faut ajouter :

- 3 postes d'infirmiers cités plus haut, à fonction polyvalente CATTP et VAD ;
- 1 poste d'Educateur Spécialisé ;
- 1 poste de Thérapeute ;
- 3 postes d'aides soignants ;
- 3 postes d'accueillants – médiateurs culturels, (créole, amérindien, noir marron).

Pour l'équipe de la psychiatrie infanto juvénile en externe

Le CMP infanto juvénile et le CATTP attenant ou la maison de l'enfant et de l'adolescent

Equipe Médicale souhaitée, mutualisée sur l'ensemble du dispositif de Pedo Psychiatrie :

- **2 ETP** de Pedo Psychiatres, **soit +1** ;
- **1 ETP** de Assistant Spécialiste, **soit +1**.

Equipe paramédicale souhaitée :

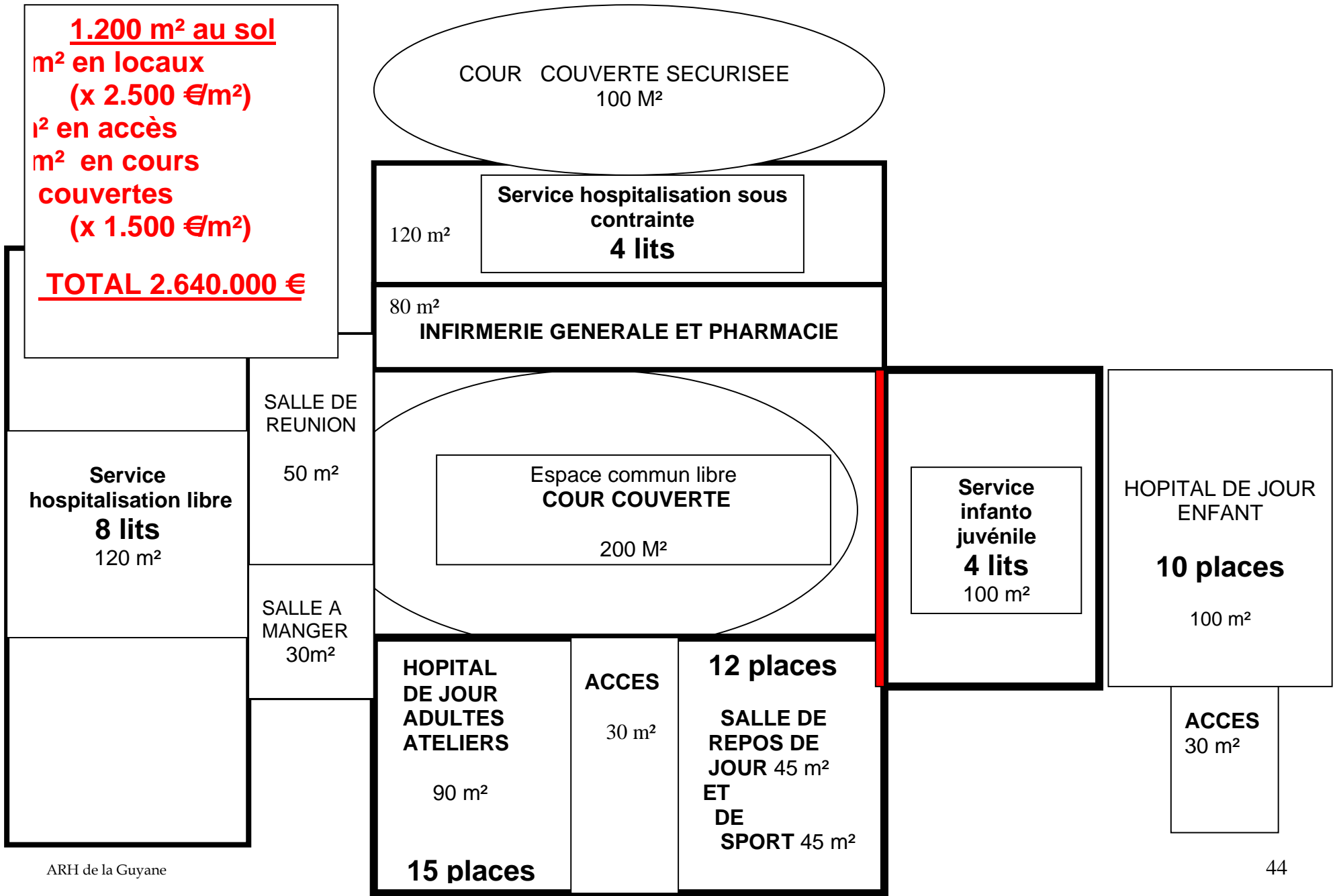
- Pour le **CMP infanto juvénile** :

- 1 cadre infirmier, mutualisé pour tout le dispositif de psychiatrie externe, adulte/enfant ;
- 1/2 ETP Psychologue ;
- 1/2 psychomotricien ;
- 1/2 assistante sociale ;
- 2 infirmiers ;
- 2 aides soignants ;
- 1 éducateur spécialisé ;
- 1 thérapeute ;
- 1 accueillant médiateur culturel ;
- 1/2 secrétaire.

- Pour le **CATTP enfants** :

- 1/2 ETP Psychologue ;
- 1/2 assistante sociale ;
- 2 infirmiers ;

- 2 aides soignants ;
- 1 éducateur spécialisé ;
- 1/2 psychomotricien ;
- 1 accueillant médiateur culturel ;
- 1/2 secrétaire.



ANNEXE II

PROJET DE CREATION D'UN CMP ET D'UN CATTP DE 10 PLACES POUR PERSONNES DE PLUS DE 16 ANS A KOUROU

L'annexe présentée est issue d'un document élaboré par le Dr Michel DESVILLES en décembre 2005.

Dans le SROS de première génération (1994-1999), la création d'un CMP pour adultes avait déjà été proposé et ne fut pas réalisée. Cette demande de création a été reconduite dans le second SROS (2000-2005) et fixée pour 2004 dans un calendrier de programmation. Une nouvelle fois cette structure n'a pas vu le jour.

1. Situation actuelle

Le sous-secteur de Kourou qui s'étend jusqu'à la commune d'Iracoubo fait partie du secteur 98G02.

Actuellement les consultations de psychiatrie sont surchargées, le suivi médical et infirmier est trop irrégulier et espacé pour établir une véritable prise en charge. Cette situation génère un nombre important de rechutes, un retard dans la prise en charge des décompensations psychiatriques psychotiques et névrotiques. Nombre de patients sont obligés de se déplacer à Cayenne pour consulter un psychiatre, un psychologue, un assistant du service social.

Le CMCK hospitalise dans ses lits des personnes présentant des troubles psychiatriques associés à des maladies somatiques, les tentatives de suicide sont de plus en plus fréquentes et nécessitent après la phase de traitement physique une évaluation psychiatrique qui n'est pas faite, une psychiatrie de liaison dans cet établissement est nécessaire.

Les patients sortant d'une hospitalisation psychiatrique au CHAR sont vus tardivement, sont souvent perdus de vue, la continuité des soins entre le temps hospitalier et le temps ambulatoire se fait mal, parfois pas du tout.

La prévention qui fait partie des missions d'un secteur de psychiatrie n'est pas assurée. Les malades qui nécessitent un suivi très rapproché, généralement après une hospitalisation psychiatrique à plein temps à Cayenne, ne peuvent qu'être difficilement admis dans l'unité psychiatrique de jour du CHAR, cela génère des coûts de transport importants.

2. Fonctionnement

2.1. CMP

Le CMP assurera 5 jours sur 7, du lundi au vendredi, douze mois par an, une **activité** :

- De consultations et de soins psychiatriques, psychologiques, infirmiers sur place au CMPK (à définir par convention) dans les différentes institutions médico-sociales du secteur (maison de retraite, foyer logements, centre d'hébergement, etc.).
- Des consultations et interventions de service social sur place et à domicile.
- Des visites d'infirmiers et/ou de psychiatre à domicile pour y pratiquer des évaluations, des diagnostics, des soins.
- Des actions d'informations et de préventions au sein de la cité en partenariat avec la DSDS, les mairies, les associations diverses, le CMCK...
- Des accompagnements de patients transférés vers les unités de psychiatrie du CHAR pendant les heures ouvrables.
- Des consultations avancées à Sinnamary, Iracoubo avec une fréquence à déterminer.

La **responsabilité médicale** sera confiée au psychiatre attaché à la structure.

2.2. CATTP

Le CATTP assurera des **activités thérapeutiques** 5 jours sur 7, du lundi au vendredi, onze mois par an à des patients des deux sexes aux pathologies psychiatrique variées (psychoses, névroses graves, troubles de la personnalité, dépression...) stabilisées ou en phase de stabilisation généralement après une hospitalisation à temps plein en psychiatrie.

Cette prise en charge doit permettre de réduire la durée des hospitalisations psychiatriques à Cayenne, de limiter l'importance et la fréquence des rechutes de faciliter le maintien à proximité du milieu social et familial de sujets présentant des troubles mentaux chronique, de lutter contre la désinsertion sociale de ces malades.

Il est nécessaire que **le CATTP forme un ensemble avec le CMP tout en étant séparé** afin que les deux types d'activité essentiellement consultation pour le CMP et soutiens individuels pour le CATTP ne se gênent pas réciproquement.

Les locaux doivent donc être spécifiques avec des matériels adaptés aux activités.

Une partie du personnel du CMP interviendra de manière partielle dans les activités du CATTP :

- Le psychiatre sera le référent thérapeutique et institutionnel de la structure.
- La secrétaire gèrera les dossiers médicaux, les rendez-vous, les courriers.
- Le psychologue, l'assistant de service social, interviendront régulièrement et de manière formalisée dans le fonctionnement de la structure auprès des usagers que souvent ils connaîtront déjà par le biais du CMP.
- Le cadre de santé supervisera le fonctionnement la structure et des personnels paramédicaux.
- Par contre l'ergothérapeute et trois infirmiers seront spécifiquement attachés au CATTP et doivent avoir des profils qui correspondent aux activités proposées.

Il n'est pas souhaitable afin d'assuré un continuité et une homogénéité des soins, que les infirmiers soient interchangeable dans les activités quotidiennes avec ceux

du CMP. Naturellement des transferts d'un poste à un autre pourront se faire au sein de l'équipe paramédicale, mais de manière réfléchies, organisé et durable.

Tant pour le CMP que pour le CATTP **une liaison régulière doit être établie avec les unités de la Fédération de Psychiatrie Générale du CHAR** afin d'éviter l'isolement de cette équipe.

3. Les besoins

Précisons d'emblée qu'il n'est pas possible de redéployer des moyens humains et matériels affecté à la psychiatrie générale pour cette activité de dépistage, de prévention et de soins ambulatoires.

3.1. Les locaux

Leur situation doit être centrale à Kourou d'accès facile pour les usagers avec possibilité de parking proche.

Pour l'activité du CMP-CATTP il faut au mieux une villa indépendante ou un rez-de-chaussée d'immeuble avec possibilité de distinguer fonctionnellement deux parties le CMP et le CATTP. La superficie totale doit être d'environ 250 m² répartie de la manière suivante :

Pour la partie CMP (133 m²) :

- Salle d'attente et accueil secrétariat 20 m²
- bureau médical 12 m² ;
- bureau psychologue 12 m²
- bureau assistant social 12 m²
- bureau cadre infirmiers 12 m²
- trois bureau infirmiers de 12 m² chacun
- salle de soins 10 m²
- sanitaire du personnel 2 m²
- sanitaires publics 2 m²
- coin cuisine et détente 10 m²
- vestiaires du personnel 2 m²
- rangement matériel 2 m²
- rangement matériel de nettoyage 1 m²

Pour la partie CATTP (Hors terrasse, jardin et garage : 120 m²) :

- Un bureau polyvalent d'entretiens 12 m²
- Un coin cuisine et activités afférentes 15 m²
- Une grande salle d'activité polyvalente 40 m²
- Trois salles d'activités spécifiques (peinture, poterie, tissage, vannerie, informatique... de 12 m² chacune
- Si possible une terrasse pour activités sportives (gymnastique, relaxation...) 40 m²
- Rangement matériel 10 m²
- Vestiaire publique 1 m²
- Sanitaires publiques avec douche 3 m²
- Sanitaire pour le personnel avec douche 3 m²

- Un jardin pour activités extérieures : jardinage, petite culture, détente, pétanque, etc....superficie 150 m² environ.
- Un garage pour entreposer un véhicule automobile léger 15 m²

L'équipement des locaux doit comporter :

- Des téléphones dont un mobile ;
- Un fax ;
- Un photocopieur ;
- 4 postes informatiques (secrétaire, médecin, cadre de santé, infirmier CATTTP) avec imprimante ;
- tout le matériel de bureau et d'activité (liste à définir secondairement) ;
- des climatiseurs ;
- un système de protection, antivol, anti-intrusion.

Il faut doter le CMP d'un **véhicule automobile léger** pour les interventions et visites à domicile ou institutionnelles, les consultations à Sinnamary et Iracoubo, les déplacements vers le CHAR...

Le budget de fonctionnement doit prévoir l'achat des consommables de bureautique, les frais de transmission, d'entretiens des locaux, l'achat des consommables pour les activités thérapeutiques (terre, peinture, pinceaux, outils, etc...), un budget ergothérapie.

3.2. Le personnel

Pour faire fonctionner cette activité CMP-CATTTP-liaison avec le CMCK (par convention), il faut prévoir la création de :

- 1 ETP de psychiatrie qui sera rattaché administrativement à la Fédération de Psychiatrie Générale du CHAR (secteur 98G02) ;
- 1 ETP de secrétaire médicale ;
- 1 ETP de psychologue ;
- 1 ETP d'assistant de service social ;
- 1 ETP de cadre de santé ;
- 6 ETP d'infirmier de psychiatrie ;
- 1 ETP d'ergothérapeute ;
- 1 ETP d'agent de service hospitalier pour l'entretien des locaux.

4. Définitions

4.1. CMP Centre Médico-Psychologique

Unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile mises à la disposition d'une population et pouvant comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique.

4.2. CATTP Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

Unité d'accueil visant à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe.

La fréquentation se faisant « à la carte » selon les besoins du malade et des activités proposées qui doivent être diverses.

ANNEXE III

PROJET DE CREATION DE 12 PLACES EN FAMILLE D'ACCUEIL POUR PERSONNES DE PLUS DE 16 ANS SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX

L'annexe présentée ici est issue d'un document élaboré par le Dr Michel DESVILLES, daté de décembre 2005.

Le concept d'accueil familial thérapeutique n'est pas nouveau, il est défini et réglementé par des textes législatifs tel l'arrêté du 1 octobre 1990 à l'organisation et au fonctionnement des services qui pratiquent cette mesure socio-thérapeutique peu dispendieuse en terme de budget et qui offre le second avantage d'apporter des ressources financières à des familles du département.

Nous estimons les besoins actuels à 12 places d'accueil familial thérapeutique pour la Fédération de Psychiatrie Générale du CHAR (secteur 98G01 et 98G02).

Une famille d'accueil ne pouvant pas recevoir, sauf dégradation préfectorale, plus de deux personnes en son sein, il est nécessaire de trouver pour 12 places, **6 familles**. La répartition pourrait être, sans obligation absolue, deux familles sur Kourou et quarte famille sur l'île de Cayenne (Cayenne, Rémire-Montjoly et Matoury).

Cette activité constituerait une « **unité fonctionnelle intersectorielle** » de la Fédération de Psychiatrie placée sous la responsabilité médicale d'un psychiatre de la Fédération, d'un cadre de santé et du cadre supérieur de santé.

Son fonctionnement peut se faire à partir des CMP (celui de la Digue RONJON pour Cayenne Ouest, celui de Baduel pour Matoury et Rémire-Montjoly, celui de Kourou lorsqu'il sera créé pour la ville spatiale).

Il est nécessaire de **renforcer les moyens humains des trois CMP** de deux postes infirmiers, spécifiquement fléchés pour cette activité, pour assurer la liaison régulière avec les familles d'accueil, les services de psychiatrie et les équipes du secteur (psychiatre, infirmier, psychologue, assistant de service social...). Un véhicule automobile doit être affecté à cette activité qui génèrera des déplacements fréquents de personnel.

Le **profil des malades** pouvant bénéficier de ce type de placement serait :

- Sujets des deux sexes âgés de plus de 16 ans. La limite supérieure d'âge n'est pas fixé mais sont exclus les sujets très dégradés intellectuellement ou sans autonomie pour les actes de la vie quotidienne.
- Présentant des troubles mentaux chroniques ou sub-chroniques
- Sans pathologie additive (alcool, drogue) associée.
- Stabilisé sur le plan symptomatique.
- Isolés socialement ou ne pouvant être maintenu dans leur famille naturelle.

- Au clair de tous leurs droits sociaux : titre de séjour en règle pour les étrangers, revenus propres, couverture sociale, assurance responsabilité physique. Ils peuvent être sous l'effet d'une mesure de protection (tutelle ou curatelle) ou non. Ils ne peuvent pas être en HO ou en HDT (article 3 de l'arrêté du 1 octobre 1990).

Le reste du fonctionnement d'une telle structure est parfaitement défini par l'arrêté du 1 octobre 1990.

Il détermine, entre autres :

- Les conditions que doit remplir la famille d'accueil ;
- Les relations qu'elle doit entretenir avec le malade placé d'une part et les équipes médico-psychologiques d'autre part ;
- Les modalités de recrutement et de rémunérations ;
- La rédaction d'un règlement intérieur qui définit les missions et objectifs de l'unité fonctionnelle d'accueil familiale thérapeutique ;
- Etc.

ANNEXE IV

PROJET DE REAMENAGEMENT DES LOCAUX DE L'UFPI

Le document ci-dessous est issu d'un document élaboré par le Dr Patrick OLLIVIER, en date du 10/06/05.

Un réaménagement des locaux par le Ministère de la Justice sous la responsabilité de la Direction des services pénitentiaires a fait l'objet d'une proposition par le CHAR (Projet d'aménagement des locaux UFPI au sein du Centre Pénitentiaire de Cayenne – Dr. P.OLLIVIER & L.DEVINAT- décembre 2004).

Ce réaménagement a été décliné en deux phases puisque la deuxième phase implique à la Direction du CP de redéployer les locaux « accueil et arrivants » vers un autre site de l'établissement. Ce projet (Phase I et Phase II) sont actuellement à l'étude.

1. Etat des lieux de l'UFPI

1.1. Personnel

Le personnel médical et paramédical est composé de 10 agents (1 Temps plein psychiatre PH, 1 ½ Temps plein psychologue clinicien, 1/2 cadre de soins, 3 Temps plein IDE, 1 Temps plein médiatrice culturelle, ½ assistante sociale, ½ secrétaire médicale) auxquels se joignent sur un mode hebdomadaire, deux membres du personnel du CSST :

- 1 Temps partiel médecin ;
- 1 Temps partiel éducateur spécialisé.

1.2. Locaux psychiatrique intra-carcéraux

Il y a 2 bureaux de consultation, 1 petite salle de travail de groupe, 1 salle de réunion, 1 salle de soins infirmiers avec pharmacie.

Sont joints à ces locaux 1 sanitaire pour le personnel, 1 petit office, 1 vestiaire réduit mais suffisant pour accueillir les effets d'un effectif de 4 agents.

A cet espace réservé aux activités thérapeutiques et aux commodités du personnel, coexistent :

- 5 cellules de deux places (actuellement occupées par des détenus classés) ;
- 1 salle de douche pour les patients ;
- 1 cagibi de rangement ;
- 1 cour extérieure à ciel ouvert.

En résumé, actuellement **12 soignants et personnel social et administratif doivent donc évoluer et accomplir leurs activités professionnelles dans 4 salles dont une infirmerie.**

Cette situation est le fruit d'une augmentation progressive et programmée de l'effectif du personnel soignant, lequel est passé de 3 personnes physiques en octobre 2000 à 10 agents (+2) et ce, depuis le 1^{er} septembre 2004.

Compte-tenu de l'augmentation de la population carcérale qui a sensiblement doublé depuis cette époque, et des nouvelles missions imposées par le Ministère de la santé, il est encore à prévoir une augmentation prochaine de l'effectif de cette unité de soins.

L'UFPI

1.1. Phase I

Entre l'année 2000 et l'année 2004, la population est passée de 400 détenus à 700 détenus environ.

Cette démographie importante associée aux nouvelles missions médico-psychologiques apparues entre-temps implique la mise en œuvre de la Phase I. Celle-ci a été élaborée après concertation de l'équipe médicale, de la Direction du Centre Hospitalier et la Direction du Centre Pénitentiaire et prévoit :

1.1.1. une modification des locaux, avec :

- Transformation de cinq cellules de deux places en 4 bureaux de consultation et conservation d'une cellule (de 2 places) pour nécessité d'isolement médicalisé temporaire.
- Transformation de la cour de promenade en une salle recouverte à vocation polyvalente (groupe de soins, ergothérapie,...)
- Agrandissement de l'office du personnel qui devra accueillir un personnel plus nombreux.

1.1.2. Une augmentation du personnel :

- Création d'un 4^{ième} ETP d'IDE
- Création d'un ½ temps ETP de psychologue clinicien.
- Création d'un ETP de médiateur culturel anglais/portugais.

L'équipe de soins serait alors composée comme suit⁹ :

- 4 ETP d'IDE ;
- ½ ETP Cadre de soins ;
- 1 ETP PH Psychiatre ;
- 2 ETP psychologues cliniciens ;
- 2 ETP de médiatrice culturelle ;
- ½ ETP d'assistante sociale ;

⁹ **Pour information :** Le SMPR du CP de Ducos (Martinique) gère la santé mentale d'un nombre approximativement égal de détenus (lesquels sont représentés par un groupe culturel français largement majoritaire). Cette équipe est composée comme suit : 3 ETP PH Psychiatre, 6 ETP IDE, 1 ETP cadre de soins, 3,5 ETP psychologues cliniciens, ventilés sur 5 postes, 2 ETP secrétaires médicales, 1 ETP assistance sociale, 1 ETP ergothérapeute

- ½ ETP de secrétaire médicale.

Cette montée en charge modeste du personnel soignant, associée à la modification des locaux, elle-même facilement réalisable et d'un coût raisonnable, permettra :

- un suivi hebdomadaire des femmes incarcérées (et non plus tous les 15 jours)
- un raccourcissement des délais de consultations ordinaires ;
- la mise en œuvre de groupes ciblés pour le suivi des auteurs d'agression sexuelle (47 condamnés auxquels il faut ajouter une soixantaine de personnes non-jugées actuellement mais incitées à entreprendre précocement des soins spécifiques) ;
- la reprise d'un suivi régulier des jeunes délinquants ;

1.2. Phase II

Si l'on tient compte de la croissance exponentielle de la démographie pénitentiaire en Guyane ces dernières années et ce, malgré les aménagements prévus par la Loi dite « Perben 2 », la population carcérale devrait se situer entre 800 et 950 détenus entre 2007 et 2010.

La création d'une 4^{ème} maison d'arrêt de 78 places est prévue dans le budget pénitentiaire 2005¹⁰ tandis que cette administration se penche déjà sur l'opportunité de la construction d'une annexe de 150 places à côté du Centre Pénitentiaire actuel¹¹.

Le SROS III ayant pour objectif d'évaluer les moyens nécessaires minimaux et optimaux pour la prise en charge sanitaire des malades en général et des troubles mentaux des détenus en particulier pour la période 2006-2010, un deuxième volet de dotation en moyens et en personnel est à envisager pour cette période ainsi définie.

1.2.1. Une modification administrative

Avec la création d'un inter-secteur de psychiatrie carcérale ;

1.2.2. Une modification des locaux, avec :

- transformation de 6 cellules en 2 bureaux de consultation et 2 salles de travail de groupe.
- 1 bureau pour le cadre de soins.
- 1 bureau de secrétariat ;
- 1 vestiaire pour le personnel paramédical ;
- transformation de la deuxième cour de promenade en une deuxième salle recouverte à vocation également polyvalente.

Le mur séparateur entre les structures actuelles (UAUM et UFPI) doit disparaître permettant ainsi une surveillance globale sur l'ensemble de la structure médicale.

¹⁰ Courrier Monsieur PAIRRAUD, Directeur du CPG - daté du 18/03/05

¹¹ Courrier Monsieur PAIRRAUD, Directeur du CPG - daté du 10/12/04

1.2.3. Une augmentation du personnel :

- création de 2 ETP d'IDE ;
- création d'un ETP de PH psychiatre/Chef de service ;
- création d'un ETP de psychologue clinicien ;
- création d'un ½ ETP de Cadre de soins ;
- création d'un ½ ETP de secrétaire médicale
- création d'un ½ ETP d'assistante sociale ;
- création d'un ETP d'ergothérapeute ;

L'équipe de soins serait donc composée comme suit :

- 6 ETP d'IDE ;
- 1 ETP Cadre de soins ;
- 2 ETP PH Psychiatres ;
- 3 ETP psychologues cliniciens ;
- 2 ETP de médiateurs culturels ;
- 1 ETP d'assistante sociale ;
- 1 ETP de secrétaire médicale.

La composition de cette équipe serait alors approximativement superposable à celle du SMPR de la Martinique.

2. L'UHSA

La Guyane est l'unique département d'outre-mer à ne pas pouvoir offrir à ses administrés les services pratiques d'un SMPR et à ne proposer aucune autre alternative aux soins qu'un très court séjour hospitalier en milieu spécialisé dans des conditions particulièrement rigoureuses.

La Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 prévoit dans son article 48 la création d'Unités Spécialement Aménagées (UHSA), destinées à l'hospitalisation, au sein des établissements de santé, des détenus présentant des troubles mentaux¹².

Il est prévu l'ouverture des 19 unités hospitalières de ce type sur l'ensemble du territoire, dont 5 devront être opérationnelles en 2008 et couvrir 60 % de la population carcérale¹³.

Dans l'attente de cette construction il conviendrait d'augmenter de 6 lits la capacité d'accueil du "service fermé".

¹² Circulaire DHOS/O 2 N°2004-507 du 25 octobre 2004 relative au volet psychiatrique du SROS troisième génération

¹³ Conférence de presse de Monsieur DOUSTE-BLAZY, Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille – Psychiatrie et Santé Mentale – vendredi 4 février 2005

2.1. Quelques chiffres

1997 :	2	HO L.398	CPP
1998 :	2	“	“
1999 :	2	“	“
2000 :	5	“	“
2001 :	4	“	“
2002 :	6	“	“
2003 :	7	“	“
2004 :	22	“	“

Ces chiffres présentent une augmentation progressive entre 1997 et 2003 et voient une augmentation spectaculaire en 2004 tandis que cette courbe semble être confirmée dans cette ascension pour l'année 2005.

Il existe plusieurs hypothèses qui peuvent expliquer cette augmentation, en particulier les difficultés rencontrées par les détenus en raison de la surpopulation (effet de seuil ?).

Par ailleurs, le pavillon du service de psychiatrie, habilité à accueillir les hospitalisations sous contrainte est déjà en grande difficulté pour accueillir les patients de la population générale ce qui implique une durée de séjour trop courte. Ainsi, nombre de sujets en difficulté mentale passagère ou non, sont contraints de poursuivre leurs soins aigus dans le cadre de l'établissement de peine, l'équipe soignante faisant jouer les modalités prévues par les articles du Code de la Santé Publique qui régissent les sorties d'essai.

2.2. La structure

Devant cette expertise de la situation, au regard de l'isolement considérable du département, la création d'une UHSA en Guyane doit être dès à présent envisagée.

Compte-tenu du coût d'une telle structure et de la démographie galopante de la population générale et par conséquent pénale, il est d'ors et déjà souhaitable d'estimer la capacité de cette structure à 14 places non mixtes, dont 6 pourront être aménagées en chambres d'isolement en tenant compte, ceci afin de répondre aux besoins actuels mais aussi dans un futur proche.

2.3. L'équipe soignante

L'effectif de l'équipe soignante devra tenir compte de ce deuxième pôle d'activité et s'en tenir aux normes prévues par les modalités d'application à l'ouverture de ces structures.

Il est probablement envisageable dès à présent de prévoir une rotation régulière du personnel soignant (en particulier para-médical) afin de favoriser autant que faire ce possible la notion d'infirmier référent.

3. Conclusion

3.1. Période 2006-2007

3.1.1. Projet immobilier

Création de 6 cellules d'isolement spécifique et tenant compte des modalités propres au système carcéral.

3.1.2. Projet matériel – Phase 1

- Ré-aménagement des locaux du l'UFPI (Administration Pénitentiaire)
- Informatisation du service :
 - o 4 ordinateurs et 4 imprimantes dont une imprimante-scanner couleur ;
 - o 1 logiciel compatible avec le logiciel GIDE (« Grande Margot » - CHU Maison-Blanche, ou « CIMAISE-SMPR » Intellitec)

3.2.3. Projet en personnel

- Création des postes suivants :
 - 1 ETP d'IDE ;
 - ½ ETP de Psychologue clinicien ;
 - 1 ETP de médiateur culturel anglais/brésilien/srana-tongo ;
 - 1 ETP d'ergothérapeute.

3.2. Période 2008- 2010

3.2.1. Projet immobilier

Création d'une UHSA de 14 places séparés en deux compartiments (hommes et femmes).

3.2.2. Projet administratif

Création de l'inter-secteur de psychiatrie pénitentiaire de la Guyane.

3.2.3. Projet matériel – Phase 2

Réaménagement des locaux de l'UFPI et de l'UAUM (Administration Pénitentiaire)

3.2.4. Projet en personnel

- Création de 2 ETP d'IDE ;
- Création d'1 ETP de PH Psychiatre/ Chef de service ;
- Création d'1 ETP de Psychologue clinicien ;
- Création d'un ½ ETP de Cadre de soins ;
- Création d'un ½ ETP de secrétariat médical ;
- Création d'un ½ ETP d'assistante sociale ;
- Création d'1 ETP d'ergothérapeute.

ANNEXE V

BESOINS IDENTIFIES DANS LE DOMAINE DE LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANIES

Les besoins exprimés ci-dessous sont ceux identifiés par les professionnels de santé et sont issus d'un document daté du 17 octobre 2005.

1. Les besoins sanitaires

D'une façon générale **les effectifs médicaux dédiés à la lutte contre la toxicomanie sont insuffisants** et dans une mesure moindre, ceux des personnels paramédicaux (infirmières, éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs) :

- pas de médecin pour assurer le suivi des injonctions thérapeutiques et des obligations de soins ;
- pas de médecin pour assurer la prise en charge des toxicomanes aux CSST de Kourou et de Saint Laurent du Maroni ;
- pas de médecin pour assurer un suivi spécifique des toxicomanes incarcérés, pas de temps de médecin spécialement dédié au suivi des jeunes dans le cadre de la consultation cannabis ;
- insuffisance de médecins spécialisés en alcoologie (1 seul dans le département) et de médecins spécialisés en addictologie pour le suivi des patients comorbides.

1.1. Pour les consommateurs de crack

Sniffée ou fumée, la cocaïne est consommée par environ 300 toxicomanes, qui fréquentent régulièrement l'association RDS, seule structure d'accueil d'urgence à Cayenne susceptible de leur fournir un accueil matériel, des premiers soins et d'orientation sociale ou médicale.

De son côté, le bus du SAMU SOCIAL apporte une aide de première urgence sur place.

Le consommateur de crack échappe la plupart du temps à toute mesure de prise en charge médicale : seulement environ 20 % des fumeurs de crack sont pris en charge par les CSST. Les autres sont en errance dans les rues des trois villes du littoral, le plus grand nombre à Cayenne : leur seul point d'ancrage est l'association RDS et le Samu social.

82 % de usagers de drogues suivis par les CSST consomment du crack.

Les pathologies des toxicomanes au crack ou à l'héroïne sont diverses : pathologies cutanées doigts brûlés, lèvres écorchées, hyperactivité, hépatites C ou B, IST, tuberculose, pneumopathies, affections buccodentaires majeures dues à la consommation des produits et à de mauvaises conditions de vie (hygiène dentaire absente, nutrition déséquilibrée).

1.2. Les consommateurs d'héroïne, par voie intraveineuse

Ils présentent des risques aggravés de pathologies transmissibles par le sang. Il y a pour ces consommateurs, urgence à mettre en place une politique de réduction des risques avec mise à disposition de matériel par les CSST et par le futur CAARUD :

- kits de prévention de « pipe à crack » pour la prévention de l'hépatite C et les risques cutanés et lésions buccales
- programme d'échange de seringues, en particulier sur St Laurent où semble-t-il l'injection par voie intraveineuse est plus importante.

1.3. Les consommateurs d'alcool

Ils connaissent des pathologies somatiques, une nutrition déficiente, des pathologies liées à une mauvaise hygiène de vie et des conditions matérielles et de logement précaires.

Les 14 lits actuels du service d'addictologie peuvent être suffisants si les propositions relatives à l'hébergement d'urgence, à l'augmentation des appartements de coordination thérapeutique et à la communauté thérapeutique sont satisfaites.

L'absence de structure d'accueil actuelle au sortir d'Amarante conduit à allonger le séjour des malades et réduire ainsi la capacité d'accueil. L'ouverture de la communauté thérapeutique désengorgera le service d'addictologie.

L'ouverture 10 places d'appartements thérapeutiques supplémentaires permet à la fois une prise en charge médicale et une réinsertion sociale.

Les populations en communes isolées n'ont aucune possibilité de prise en charge pour la dépendance à l'alcool, alors que ces populations, en particulier les Amérindiens, sont gravement dépendantes à l'alcool, et de plus en plus à d'autres substances psychotropes. Le lien entre consommation d'alcool, suicides et tentatives de suicides est établi de plus en plus clairement par les professionnels et fait l'objet actuellement d'une réflexion collective (DSDS, ORSG, éducation nationale, CHFJ) qui débouchera sur des actions.

1.4. La prise en charge spécifique des patients comorbides psychiatriques

Cette prise en charge est insuffisante, une réflexion sur cette question doit être réalisée par les professionnels et des propositions formulées : en 2004, sur 264 usagers suivis par le CSST de Cayenne, l'équipe médicale a relevé les comorbidités psychiatriques suivantes :

- troubles délirants et psychiatriques : 26 patients soit 10 % ;
- troubles de la personnalité selon le DSM IV : 22 patients soit 8,5 % ;
- troubles bipolaires : 2 patients, soit < 1 %.

1.5. Cannabis

Les besoins sanitaires liés à la consommation de cannabis, dans la mesure où elle ne relève pas d'une polyconsommation, sont beaucoup moins importants que ceux

liés au crack. Le consommateur de cannabis, en particulier lorsqu'il s'agit d'un jeune, relève avant tout d'une prise en charge psychologique globale pour l'amener à faire le point sur sa consommation. Le besoin de prise en charge est d'ordre psychologique, éducatif, médical non spécialisé, sauf hypothèse de comorbidité psychiatrique.

1.6. Tabac

Les moyens de la **consultation de tabacologie du CHAR** doivent être étoffés en par un renforcement des effectifs. La lutte contre le tabagisme, en particulier chez les jeunes, est un objectif commun à l'éducation nationale, la DSDS et la CGSS. Des actions de prévention dans les établissements scolaires devraient faire l'objet d'une programmation pour 2006 et les années suivantes en application du plan gouvernemental de la MILDT. Compte tenu de la faible consommation de tabac en Guyane, l'éducation nationale ciblera les actions de prévention sur la consommation de cannabis et autres produits psycho actifs.

2. Les besoins sociaux

Les consommateurs de drogues, spécifiquement de crack, constituent une population dramatiquement désinsérée :

- ils vivent dans la rue ou dans les squats ;
- ils n'ont pour beaucoup d'entre eux, pas ou plus de droits sociaux ouverts (RMI, CMU, AME, Assedic, AAH) ;
- la quasi totalité n'a pas de travail.
-

Actuellement l'insuffisance des possibilités d'insertion ou de réinsertion (logement, formation professionnelle, emploi) offertes aux toxicomanes abstinents ou en voie d'abstinence ne permet pas de leur éviter – à long terme - un retour à la consommation.

Des moyens doivent être mis en œuvre.

3. Les besoins de formations et d'information

Il est nécessaire que soit assurée la formation du personnel médical et paramédical, ainsi que des éducateurs. De même, il est indispensable de former les relais de terrain.

Les jeunes et leurs familles doivent avoir accès à de l'information.

ANNEXE VI

Activités de pédopsychiatrie

Activité pédo-psychiatrie 973I01 (La Passerelle Cayenne) File active

	2000	2001	2002	2003	2004
Vus pour la première fois au cours de l'année	487	515	447	420	447
Vus une seule fois au cours de l'année	169	205	152	200	168
Nbre de patients	824	926	854	830	908
Nbre de patients avec AES	26	30	24	21	24
Nbre de patients sans AES	790	886	820	796	874
Sans information sur l'AES	1	2	2	1	1

**Activité pédo-psychiatrie 973I01 (Cayenne) -
Service de jour et Unité de consultations - File active**

	2000	2001	2002	2003	2004
Vus pour la première fois au cours de l'année	4	10	165	197	176
Vus une seule fois au cours de l'année	0	0	55	137	76
Nbre de patients	17	64	330	535	345
Nbre de patients avec AES	13	15	26	33	21
Nbre de patients sans AES	4	17	259	429	316
Sans information sur l'AES	0	0	0	0	0

Activité pédo-psychiatrie 973I01 (Cayenne Total) File active

	2000	2001	2002	2003	2004
Vus pour la première fois au cours de l'année	491	525	612	617	623
Vus une seule fois au cours de l'année	169	205	207	337	244
Nbre de patients	841	990	1184	1365	1253
Nbre de patients avec AES	39	45	50	54	45
Nbre de patients sans AES	794	903	1079	1225	1190
Sans information sur l'AES	1	2	2	1	1

Activité pédo-psychiatrie 973I01 (La Passerelle Cayenne) /File active

Année	Age (ans)	0 à 5	5 à10	10 à 15	15 à 20	20 et +	Sans info	Total
2000	Masculin	57	203	171	54	1	2	488
	Féminin	43	113	98	82	0	0	336
	Total	100	316	269	136	1	2	824
2001	Masculin	62	229	191	68	1	1	552
	Féminin	30	130	123	85	0	2	370
	Total	92	359	314	153	1	3	922
2002	Masculin	36	233	193	61	0	0	523
	Féminin	23	136	117	51	0	0	327
	Total	59	369	310	112	0	0	850
2003	Masculin	36	229	207	57	2	0	531
	Féminin	35	114	106	40	1	1	297
	Total	71	343	313	97	3	1	828
2004	Masculin	43	232	225	57	0	2	559
	Féminin	31	148	124	41	2	3	349
	Total	74	380	349	98	2	5	908

**Activité pédo-psychiatrie 973I01 (Cayenne) - Service de jour et Unité de consultations*
File active**

Année	Age (ans)	0 à 5	5 à10	10 à 15	15 à 20	20 et +	Sans info	Total
2000	Masculin	4	9	1	0	0	0	14
	Féminin	0	2	1	0	0	0	3
	Total	4	11	2	0	0	0	17
2001	Masculin	3	22	3	1	0	0	29
	Féminin	0	5	2	0	0	0	7
	Total	3	27	5	1	0	0	36
2002	Masculin	16	83	56	22	1	0	178
	Féminin	25	57	35	34	1	0	152
	Total	41	140	91	56	2	0	330
2003	Masculin	46	123	111	17	0	0	297
	Féminin	34	74	85	44	0	0	237
	Total	80	197	196	61	0	0	534
2004	Masculin	28	105	60	12	0	0	205
	Féminin	17	45	50	27	1	0	140
	Total	45	150	110	39	1	0	345

*Unité de consultations depuis 2001

Activité pédo-psychiatrie 973101 (Cayenne Total)
File active

Année	Age (ans)	0 à 5	5 à10	10 à 15	15 à 20	20 et +	Sans info	Total
2000	Masculin	61	212	172	54	1	2	502
	Féminin	43	115	99	82	0	0	339
	Total	104	327	271	136	1	2	841
2001	Masculin	65	251	194	69	1	1	581
	Féminin	30	135	125	85	0	2	377
	Total	95	386	319	154	1	3	958
2002	Masculin	52	316	249	83	1	0	701
	Féminin	48	193	152	85	1	0	479
	Total	100	509	401	168	2	0	1180
2003	Masculin	82	352	318	74	2	0	828
	Féminin	69	188	191	84	1	1	534
	Total	151	540	509	158	3	1	1362
2004	Masculin	71	337	285	69	0	2	764
	Féminin	48	193	174	68	3	3	489
	Total	119	530	459	137	3	5	1253

Activité pédo-psychiatrie 973I01 (La Passerelle Cayenne) - Analyse de l'activité ambulatoire

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Nbre Patients	Nbre actes	Nbre Patients	Nbre actes	Nbre Patients	Nbre actes	Nbre Patients	Nbre actes	Nbre Patients	Nbre actes
Nombre de patients pris en charge ambulatoire	822		925		851		827		908	
Nombre de patients exclusivement pris en charge ambulatoire	809		911		835		816		903	
Modalité de prise en charge ambulatoire										
CO: Soins en CMP ou unité de consultation de secteur	797	5636	912	6128	826	5435	781	4916	884	6151
SD: Soins et interventions à domicile	21	123	26	111	22	99	39	292	37	155
SI: Soins et interventions en institutions substitutives	3	5	2	2	1	2	5	6	1	1
SU: Soins et interventions en unité d'hospitalisation somatique	32	93	20	85	13	47	16	41	23	66
ME: Soins et interventions en unité médico-éducative	17	21	11	12	2	2	0	0	0	0
MI: Soins et interventions en PMI	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
MS: Soins et interventions en milieu scolaire ou centre de formation	72	96	72	98	53	91	60	97	81	184
AA: Soins ambulatoires autres	49	174	44	142	185	450	221	673	179	437
Nombre de patients pris en charge à temps partiel	14		14		19		14		5	
Nombre de patients exclusivement pris en charge à temps partiel	2		0		3		3		0	
Modalité de prise en charge en temps partiel	Nbre Patients	Nbre Journées	Nbre Patients	Nbre Journées	Nbre Patients	Nbre Journées	Nbre Patients	Nbre Journées	Nbre Patients	Nbre Journées
NU: Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
JO: Hospitalisation de jour	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CA: Accueil et soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	0	0	0	0	1	7	0	0	0	0
AJ: Accueil et soins à temps partiel autres	14	225	14	148	19	241	14	153	4	50

Activité pédo-psychiatrie 973101 (Cayenne) - Service de jour et Unité de consultations* - Analyse de l'activité ambulatoire

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Nbre Patients	Nbre actes	Nbre Patients	Nbre actes	Nbre Patients	Nbre actes	Nbre Patients	Nbre actes	Nbre Patients	Nbre actes
Nombre de patients pris en charge ambulatoire	0		57		324		529		332	
Nombre de patients exclusivement pris en charge ambulatoire	0		49		320		514		322	
Modalité de prise en charge ambulatoire										
CO: Soins en CMP ou unité de consultation de secteur	0	0	57	579	310	2187	522	3152	318	2599
SD: Soins et interventions à domicile	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0
SI: Soins et interventions en institutions substitutives	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
SU: Soins et interventions en unité d'hospitalisation somatique	0	0	0	0	26	97	18	44	23	43
ME: Soins et interventions en unité médico-éducative	0	0	1	1	3	3	1	1	1	1
MI: Soins et interventions en PMI	0	0	0	0	0	0	0	0	9	11
MS: Soins et interventions en milieu scolaire ou centre de formation	0	0	8	12	22	33	20	29	22	31
AA: Soins ambulatoires autres	0	0	0	0	1	1	1	1	3	5
Nombre de patients pris en charge à temps partiel	17		15		10		21		23	
Nombre de patients exclusivement pris en charge à temps partiel	17		7		6		6		13	
Modalité de prise en charge en temps partiel	Nbre Patients	Nbre Journées	Nbre Patients	Nbre Journées	Nbre Patients	Nbre Journées	Nbre Patients	Nbre Journées	Nbre Patients	Nbre Journées
NU: Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JO: Hospitalisation de jour	17	796	15	702	10	853	17	758	23	969
CA: Accueil et soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AJ: Accueil et soins à temps partiel autres	0	0	0	0	0	0	4	31	0	0

*Unité de consultations depuis 2001

Activité pédo-psychiatrie 973101 (Cayenne Total) - Analyse de l'activité ambulatoire

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Nbre Patients	Nbre actes	Nbre Patients	Nbre actes	Nbre Patients	Nbre actes	Nbre Patients	Nbre actes	Nbre Patients	Nbre actes
Nombre de patients pris en charge ambulatoire	822		982		1175		1356		1240	
Nombre de patients exclusivement pris en charge ambulatoire	809		911		835		816		903	
Modalité de prise en charge ambulatoire										
CO: Soins en CMP ou unité de consultation de secteur	797	5636	969	6707	1136	7622	1303	8068	1202	8750
SD: Soins et interventions à domicile	21	123	26	111	22	99	40	294	37	155
SI: Soins et interventions en institutions substitutives	3	5	2	2	1	2	6	7	1	1
SU: Soins et interventions en unité d'hospitalisation somatique	32	93	20	85	39	144	34	85	46	109
ME: Soins et interventions en unité médico-éducative	17	21	12	13	5	5	1	1	1	1
MI: Soins et interventions en PMI	0	0	0	0	1	1	0	0	9	11
MS: Soins et interventions en milieu scolaire ou centre de formation	72	96	80	110	75	124	80	126	103	215
AA: Soins ambulatoires autres	49	174	44	142	186	451	222	674	182	442
Nombre de patients pris en charge à temps partiel	31	0	29	0	29	0	35	0	28	0
Nombre de patients exclusivement pris en charge à temps partiel	19	0	7	0	9	0	9	0	13	0
Modalité de prise en charge en temps partiel	Nbre Journées	Nbre Journées	Nbre Patients	Nbre Journées	Nbre Patients	Nbre Journées	Nbre Patients	Nbre Journées	Nbre Patients	Nbre Journées
NU: Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
JO: Hospitalisation de jour	17	796	15	702	10	853	17	758	23	969
CA: Accueil et soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	0	0	0	0	1	7	0	0	0	0
AJ: Accueil et soins à temps partiel autres	14	225	14	148	19	241	18	184	4	50

Activité pédo-psychiatrie 973I03 Kourou CMPI L'ENVOL - File active

	2000	2001	2002	2003	2004
Vus pour la première fois au cours de l'année	9	174	194	270	155
Vus une seule fois au cours de l'année	19	175	127	125	103
Nbre de patients	22	193	259	452	418
Nbre de patients avec AES	1	1	5	6	4
Nbre de patients sans AES	0	27	102	144	172
Sans information sur l'AES	0	0	1	1	0

Activité pédo-psychiatrie 973I03 Kourou CMPI L'ENVOL - File active

Année	Age (ans)	0 à 5	5 à 10	10 à 15	15 à 20	20 et +	Sans info	Total
2000	Masculin	4	4	2	1	0	0	11
	Féminin	1	1	1	1	0	0	4
	Total	5	5	3	2	0	0	15
2001	Masculin	15	65	28	4	0	0	112
	Féminin	12	23	25	7	0	1	68
	Total	27	88	53	11	0	1	180
2002	Masculin	27	70	44	8	0	1	150
	Féminin	18	37	31	11	0	2	99
	Total	45	107	75	19	0	3	249
2003	Masculin	27	141	90	19	1	1	279
	Féminin	25	64	38	31	0	1	159
	Total	52	205	128	50	1	2	438
2004	Masculin	28	118	90	17	1	3	257
	Féminin	15	61	56	16	1	2	151
	Total	43	179	146	33	2	5	408

Activité pédo-psychiatrie 973I03 Kourou CMPI L'ENVOL - Analyse de l'activité ambulatoire

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Nbre Patients	Nbre actes	Nbre Patients	Nbre actes	Nbre Patients	Nbre actes	Nbre Patients	Nbre actes	Nbre Patients	Nbre actes
Nombre de patients pris en charge ambulatoire	22		193		259		451		418	
Nombre de patients exclusivement pris en charge ambulatoire	22		193		255		400		377	
Modalité de prise en charge ambulatoire										
CO: Soins en CMP ou unité de consultation de secteur	21	45	192	229	259	819	446	2502	417	2256
SD: Soins et interventions à domicile	0	0	0	0	2	5	5	19	1	18
SI: Soins et interventions en institutions substitutives	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6
SU: Soins et interventions en unité d'hospitalisation somatique	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0
ME: Soins et interventions en unité médico-éducative	0	0	0	0	0	0	2	4	0	0
MI: Soins et interventions en PMI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MS: Soins et interventions en milieu scolaire ou centre de formation	0	0	0	0	8	13	17	43	21	27
AA: Soins ambulatoires autres	1	1	1	23	1	3	10	35	5	5
Nombre de patients pris en charge à temps partiel	0		0		4		52		41	
Nombre de patients exclusivement pris en charge à temps partiel	0		0		0		1		0	
Modalité de prise en charge en temps partiel	Nbre Patients	Nbre Journées	Nbre Patients	Nbre Journées	Nbre Patients	Nbre Journées	Nbre Patients	Nbre Journées	Nbre Patients	Nbre Journées
NU: Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
JO: Hospitalisation de jour	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CA: Accueil et soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
AJ: Accueil et soins à temps partiel autres	0	0	0	0	4	63	52	1070	39	627