

**Projet de Santé pour
Saint-Barthélemy
&
Saint Martin**

SOMMAIRE

Chapitre I :

Etat des lieux socio-sanitaire des îles de Saint Martin et de Saint Barthélemy	P4
I. Caractéristiques sociodémographiques de la population de Saint-Martin	P4
II. Caractéristiques sociodémographiques de la population de Saint-Barthélemy	P6

Chapitre II :

Etat des lieux de l'offre de santé dans les domaines de la prévention, du soin, de la prise en charge de la perte d'autonomie	p10
I - Les établissements de Santé	p10
II - Les autres structures de soins	p15
III- Les structures médico-sociales	p15
IV- Les Professionnels de santé	p16
V - Quelques indicateurs socio-sanitaires	p17
VI - Mobilité de la patientèle des médecins	p19
VII - Coût de la permanence des soins ambulatoires (PDSA)	p20
VIII- Prévention	p20

Chapitre III :

La Stratégie de Santé à Saint Martin et Saint Barthélemy	p21
A. Les cinq grands domaines pour le territoire de Saint Martin	p21
1. Le domaine du handicap et du vieillissement	p21
2. Le domaine des risques sanitaires	p22
3. Le domaine de la Périnatalité et de la petite enfance	p23
4. Le domaine des maladies chroniques	p23
5. Le domaine de la santé mentale, des addictions et de la santé des jeunes	p25
B. Les cinq grands domaines pour le territoire de Saint Barthélemy	p26
1. Le domaine du handicap et du vieillissement	p26
2. Le domaine des risques sanitaires	p27
3. Le domaine de la Périnatalité et de la petite enfance	p28
4. Le domaine des maladies chroniques	p28
5. Le domaine de la santé mentale, des addictions et de la santé des jeunes	p29
C. Deux domaines stratégiques spécifiques	p29
1. La coopération sanitaire avec Sint Maarten	p29
2. L'aide médicale d'urgence et la permanence des soins pour les deux îles	p29

Chapitre IV :

Déclinaisons territoriale des schémas de l'organisation de la prévention, de l'offre de soins ambulatoire et hospitalière et des accompagnements médico-sociaux	p31
--	------------

LE SCHEMA D'ORGANISATION DE LA PREVENTION	p31
Objectifs opérationnels sur la veille sanitaire, l'alerte et l'urgence sanitaire	p31
Objectifs opérationnels de Promotion et d'Education pour la santé	p32
Organisation de la promotion de la santé pour les deux îles	p32
Actions ciblées d'éducation pour la santé	p33
Objectifs opérationnels en matière de santé environnementale	p33

LE SCHEMA D'ORGANISATION SANITAIRE	p34
---	------------

LE SCHEMA D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE	p34
---	------------

LE SCHEMA D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS : VOLET HOSPITALIER	P34
Les enjeux organisationnels pour mieux structurer l'offre de soins	p34
Les enjeux de transversalité afin d'améliorer le parcours de soins	p35
Les axes et orientations stratégiques du volet de l'hospitalisation	p37
Volet Médecine	p38

Volet Chirurgie	p38
Volet Périnatalité	p39
Volet Soins de Suite et de réadaptation	p39
Volet Hospitalisation A Domicile	p39
Volet Urgences et Permanences des soins	p39
Volet Réanimation, soins intensifs, surveillance continue	p40
Volet Imagerie Médicale	p40
Volet Activités interventionnelles sous imagerie	p40
Volet Psychiatrie et santé mentale	p40
Volet Cancérologie	p40
Volet Soins Palliatifs	p40
Volet Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	p41
Volet Greffes d'organes	p41
Annexe SROS pour Saint Martin et Saint Barthélemy	p42
LE SCHEMA d'ORGANISATION MEDICO-SOCIAL	p50
Secteur Personnes âgées dépendantes	p52
Secteur Enfants handicapés	p55
Secteur Adultes Handicapés	p57
Annexe SROSMS	p59

I. Caractéristiques sociodémographiques de la population de Saint-Martin

Un contexte géographique et historique

Saint-Martin est une île située au nord-ouest des Antilles à 250 kilomètres de l'archipel de la Guadeloupe et à 240 kilomètres à l'est de Porto Rico. Découverte par Christophe Colomb en 1493, l'île a ensuite été visitée par de nombreuses nations européennes. Depuis la signature du traité du mont Concorde, le 13 Mars 1648, deux nations sont souveraines sur l'île : la France et les Pays-Bas. Au nord de l'île, la partie française (Saint-Martin), d'une superficie de 56 Km², abrite le siège de la préfecture de Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Au sud, la partie hollandaise (Sint-Maarten) couvre 34 Km².

Entre 1947 et 2007, Saint-Martin a été rattachée administrativement au département de la Guadeloupe. A la suite du vote par référendum de sa population (7 Décembre 2003) puis de la promulgation de la loi organique du 21 Février 2007, Saint-Martin a acquis à cette date le statut de collectivité d'outre-mer (COM). La nouvelle COM a été officiellement érigée le 15 Juillet 2007 par la mise en place de son conseil territorial. Depuis, Saint-Martin exerce l'ensemble des compétences dévolues aux communes, au département et à la région, ainsi que celles que l'Etat lui a transférées.

Une forte augmentation de la population depuis 1982

En 2007, la population de la partie française de Saint-Martin s'élève à 35 925 habitants. Avec environ 678 habitants par km², Saint-Martin a une densité de population 2,8 fois supérieure à celle de la Guadeloupe. Depuis 1982, la population de Saint Martin a presque quintuplé. Très élevé dans les années 1980 (+17,1 % en moyenne par an) du fait d'une forte immigration sur cette période, le rythme de croissance de la population saint-martinoise a considérablement ralenti dans les années 1990 (+0,2 %) avant d'augmenter dans les années 2000 (+2,7 % par an). Ce fléchissement s'explique essentiellement par le nombre important de départs de l'île, encouragés par le ralentissement de la croissance économique et le durcissement des lois sur l'immigration. Si après avoir été négatif dans les années 1990, le solde migratoire (différence entre les entrées et les sorties du territoire) est à nouveau positif depuis 1999, c'est toujours à sa natalité vigoureuse que Saint-Martin doit majoritairement l'augmentation de sa population.

Une population jeune

Le dynamisme de la natalité à Saint-Martin a permis à sa population de rester jeune. Ainsi, 37,1% de la population de Saint Martin est âgée de moins de 20 ans et 6,9 % de 60 ans ou plus contre 30,6% et 17,2 % en Guadeloupe.

Bien que Saint-Martin n'échappe pas au vieillissement démographique qui touche l'ensemble des départements d'outre-mer (DOM), la COM est moins marquée par ce phénomène que la Guadeloupe. Entre 1999 et 2007, la part des personnes âgées de 60 ans ou plus a augmenté de 1,6 point à Saint-Martin contre 3,2 points en Guadeloupe.

La place des familles monoparentales

En 2007, on dénombre plus de 12 900 ménages à Saint-Martin. Si les couples avec enfants(s) restent la principale forme de ménages en 2007 (31,9 % des ménages), leur importance recule (- 3,4 points entre 1999 et 2007) au profit des ménages de personnes seules et des familles monoparentales. Ces derniers représentent chacun plus de 22 % des ménages et leur part a évolué de plus de 2 points depuis 1999. La forte présence de familles monoparentales est une spécificité des DOM et de Saint-Martin. En effet, en France hexagonale, les familles monoparentales ne représentent que 8,4 % des ménages. A noter qu'il a été observé dans une étude de l'INSEE que la pauvreté touche d'abord les familles monoparentales et les personnes seules. Les familles monoparentales ont généralement à leur tête une femme, c'est le cas de 9 familles monoparentales sur 10. Enfin, ce sont au total 4 enfants sur 10 qui vivent au sein d'une famille monoparentale.

Une amélioration des conditions de logement

Afin de répondre à l'augmentation importante de la population depuis 1999, la construction de logements s'est intensifiée. Ainsi, le nombre de résidences principales a progressé de 29 % entre 1999 et 2006. Il a

augmenté deux fois plus rapidement qu'entre 1990 et 1999.

A Saint-Martin, peu de ménages sont propriétaires de leur logement et cette situation n'a pas évolué depuis 1999 : 25,3 % en 2006 contre 61,1 % en Guadeloupe.

Le niveau de confort des logements s'est amélioré depuis 1999, la part de ménages disposant d'une baignoire ou d'une douche avec WC dans leur logement a augmenté de 3 points sur la période. Cependant, c'est surtout la présence du tout à l'égout et de la climatisation qui s'est intensifiée : la part de ménages en bénéficiant a progressé respectivement de près de 8 points et de 23 points.

Une augmentation du nombre d'inactifs

En 2007, on compte plus de 16 800 personnes actives à Saint-Martin, soit 70,9 % de la population en âge de travailler. Le taux d'activité a diminué de près de 4 points depuis 1999, malgré l'augmentation d'environ 17 % du nombre d'actifs. Ceci s'explique par le fait que l'accroissement du nombre d'inactifs a été beaucoup plus rapide sur la période (supérieur à 40 %).

Parmi ces actifs, plus de 12 700 occupent un emploi, soit 53,6 % de la population en âge de travailler. Le taux d'emploi des hommes est supérieur de plus de 15 points à celui des femmes. Cependant, entre 1999 et 2007, le nombre d'actifs occupés a augmenté plus vite chez ces dernières.

Le taux de chômage est élevé à Saint-Martin (24,4 % de la population active) mais il reste inférieur à celui de la Guadeloupe (29,0 %). Il a diminué d'environ 2 points depuis 1999 car le nombre d'actifs occupés a augmenté beaucoup plus rapidement que le nombre de chômeurs sur la période (respectivement +21 % et +7 %). Comme en Guadeloupe, les femmes sont plus touchées par le chômage que les hommes (30,0 % chez les femmes de Saint Martin et 18,9 % chez les hommes de Saint Martin). Cependant, l'écart entre les sexes est plus marqué dans la COM qu'en Guadeloupe (respectivement 11 points et 6 points).

Une diminution de la part des employés

En 2007, 38,6 % des actifs occupés âgés de 15 à 64 ans sont employés, soit plus qu'en Guadeloupe (35,9 %). Depuis 1999, l'importance de cette catégorie socioprofessionnelle (CSP) a diminué : -3 points sur la période.

Trois CSP ont une place croissante du fait d'une augmentation rapide de leurs effectifs : les ouvriers, les cadres, professions intellectuelles supérieures et les professions intermédiaires.

Plus des trois quarts des actifs occupés sont salariés, 59,9 % disposent d'un contrat à durée indéterminée et 15,0 % travaillent à temps partiel. C'est davantage le cas des femmes que des hommes. Ces derniers ont deux fois plus souvent que les femmes le statut de non-salariés (indépendants, employeurs ou aides sociaux). Enfin, 13,4 % des personnes en emploi de Saint-Martin travaillent dans un autre DOM, un autre COM ou à l'étranger, soit principalement à Sint-Maarten, en Guadeloupe ou à Saint-Barthélemy.

Un tissu productif essentiellement tertiaire

En 2007, Saint-Martin regroupe plus de 11 200 emplois. Le nombre d'emplois dans la zone a progressé de 18,6 % depuis 1999, soit plus rapidement qu'en Guadeloupe (12,9 %). Comme en Guadeloupe, le tissu productif est essentiellement tertiaire, ce secteur englobe 82,3 % des emplois. Cependant, dans la COM, on compte plus d'emplois dans la construction (10,6 % contre 7,7 % en Guadeloupe) et moins dans l'agriculture (0,6 % contre 4,2 %).

Un taux de scolarisation en augmentation

En 2007, à Saint-Martin, plus de 10 200 personnes sont scolarisées. Le taux de scolarisation des enfants d'âge préscolaire (2 à 5 ans) est de 64,4 %. Ce taux culmine à plus de 90 % lors de la période de scolarisation obligatoire. Chez les jeunes âgés de 18 ans ou plus, le taux de scolarisation diminue sensiblement : 24,1 % chez les 18 à 24 ans et 3,2 % chez les 25 à 29 ans. Quel que soit le groupe d'âges, le taux de scolarisation à Saint-Martin est inférieur à celui de la Guadeloupe. La différence est particulièrement marquée chez les personnes âgées de 18 à 24 ans où le taux est deux fois moins élevé qu'en Guadeloupe. Elle est également importante chez les individus âgés de 2 à 5 ans et de 15 à 17 ans (environ 10 points). La COM semble souffrir d'un manque d'établissements scolaires en maternelle et en primaire mais elle investit beaucoup afin de développer et de réhabiliter les structures scolaires de Saint-Martin.

La part des non diplômés

En 2007, 39,2 % de la population non scolarisée ne dispose pas de diplôme. C'est moins qu'en Guadeloupe (42,2 %). A Saint-Martin, les diplômés les plus fréquents sont les CAP ou les BEP (19,1 %) puis les bac ou les

brevets professionnels (17,5 %). Ils sont plus présents qu'en Guadeloupe. Enfin, les femmes sont plus souvent sans diplômes que les hommes (40,9 % et 37,3 %) mais elles possèdent plus souvent un bac ou un brevet professionnel (18,5 % et 16,2 %). Les hommes sont quant à eux plus souvent titulaires d'un CAP ou d'un BEP (22,3 % et 16,3 %).

La place de la communauté étrangère

Les migrations ont joué un rôle clé dans le développement démographique et économique de Saint-Martin. Elles ont été particulièrement importantes dans les années 1980 où l'immigration a été encouragée par le boom de l'immobilier, du BTP et du tourisme pendant cette période. Dans la COM en 2007, plus de 13 500 personnes sont de nationalité étrangère, soit plus du tiers de la population. En Guadeloupe, elles représentent moins de 5 % de la population. La plupart sont originaires de l'espace Caraïbe (77,0 % en 2006) et plus particulièrement d'Haïti (47,0 % en 2006). La majorité a atteint l'âge où le taux d'emploi est généralement le plus élevé : en 2007, 50,7 % des étrangers ont entre 25 et 54 ans contre 44,0 % des Français. Cependant, seulement 31,7 % des étrangers occupent un emploi contre 38,4 % des Français. Ils sont plus souvent concernés par le chômage que ces derniers : 16,5 % des étrangers et 8,4 % des Français.

Une plus faible mortalité prématurée

De 2005 à 2008, en moyenne, 103 personnes sont décédées chaque année, ce qui représente un taux brut annuel de mortalité de 2,9 décès pour 1 000 habitants. Les taux de mortalité standardisés sur l'âge et le sexe indiquent qu'il n'y a pas de différences de mortalité entre la population saint-martinoise et la population guadeloupéenne. Les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de mortalité (30 % des décès), suivies des tumeurs (22 %) et des causes extérieures de traumatismes et empoisonnements (12 %). Sur la période, 51 décès par an sont survenus avant l'âge de 65 ans, soit près de la moitié des décès. Le taux de mortalité prématurée est de 1,5 décès avant 65 ans pour 1 000 habitants de ce groupe d'âge. Le taux standardisé de mortalité prématurée des hommes saint-martinois est significativement inférieur à celui de leurs homologues guadeloupéens. Ils ne sont pas significativement différents chez les femmes. Parmi ces décès prématurés, 2 sur 5 peuvent être qualifiés d'« évitables ». La prévention de plus de la moitié des décès « évitables » repose principalement sur la modification des comportements à risque. Le sida et les tumeurs du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon en sont les premières causes (un quart des décès « évitables »). L'amélioration de l'efficacité de la prise en charge par le système de soins peut permettre également de réduire la mortalité prématurée évitable et notamment l'impact des maladies de l'appareil circulatoire qui sont à l'origine d'un quart des décès évitables.

II. Caractéristiques sociodémographiques de la population de Saint-Barthélemy

Un contexte géographique et historique

Saint-Barthélemy est située à 230 km au nord-ouest de la Guadeloupe et à proximité des îles Vierges américaines. Elle a été découverte en 1493 par Christophe Colomb qui la revendiqua pour l'Espagne. La première occupation par les Français eut lieu en 1648. Par le traité du 1er Juin 1784, Louis XVI céda l'île à la Suède, en échange d'un droit d'accès pour les navires français au port et entrepôts de Göteborg en Suède. Après avoir connu une brève prospérité puis quelques années de guerre et plusieurs catastrophes naturelles, Saint-Barthélemy est rétrocédée à la France par le traité du 10 Août 1877 et rattachée alors à la Guadeloupe dont elle devient une commune en 1946. A la suite du vote par référendum de sa population (7 Décembre 2003) puis de la promulgation de la loi organique du 21 Février 2007, Saint-Barthélemy a acquis à cette date le statut de collectivité d'outre-mer (COM). La nouvelle COM a été officiellement érigée le 15 Juillet 2007 par la mise en place de son conseil territorial. Depuis, Saint-Barthélemy exerce l'ensemble des compétences dévolues aux communes, au département et à la région, ainsi que celles que l'Etat lui a transférées.

Une forte augmentation de la population depuis 1982

En 2007, Saint-Barthélemy compte 8 450 habitants.

Avec 402 habitants par km², Saint-Barthélemy a une densité de population 1,6 fois supérieure à celle de la Guadeloupe. Depuis 1982, le nombre d'habitants à Saint-Barthélemy a presque triplé. Elevé dans les années 1980 (+6,4 % en moyenne par an) du fait d'une forte immigration sur cette période, le rythme de croissance a ralenti depuis (+3,5 % dans les années 1990 et +2,7 % dans les années 2000). Ce fléchissement s'explique par la baisse du solde migratoire (différence entre les entrées et les sorties du territoire) sur la période.

Caractérisée par une natalité peu élevée, Saint-Barthélemy doit majoritairement, depuis les années 60, l'accroissement de sa population à son solde migratoire positif.

Une forte proportion de personnes d'âge actif

Contrairement au reste de la France, Saint-Barthélemy compte plus d'hommes que de femmes dans sa population : 53,2 % d'hommes contre 48,4 % en France hexagonale et 47,0 % en Guadeloupe. Les hommes sont particulièrement nombreux aux âges actifs, ils composent 54,7 % des personnes âgées de 15 à 64 ans. La population de Saint-Barthélemy est composée essentiellement de personnes d'âge actif : 73,7 % a entre 15 et 64 ans contre 64,7 % en Guadeloupe.

Elle compte moins de jeunes que cette région: 21,8 % de moins de 20 ans contre 30,6 % en Guadeloupe. Saint-Barthélemy n'échappe pas au vieillissement démographique qui touche l'ensemble des départements d'outre-mer (DOM).

La part des moins de 30 ans a diminué d'environ 4 points depuis 1999 alors que celle des 45-59 ans a augmenté d'autant. Cependant, la proportion des personnes âgées de 60 ans ou plus est restée stable.

Une faible part de familles monoparentales

En 2007, on dénombre plus de 3 400 ménages à Saint-Barthélemy. Si les couples avec enfant(s) restent la principale forme de ménages en 2007 (30,5 % des ménages), leur importance recule (-1,8 points entre 1999 et 2007) au profit des autres ménages sans famille (ménages composés de plusieurs personnes isolées). Ces derniers représentent 10,6 % des ménages, soit beaucoup plus qu'en Guadeloupe (3,6 %) ou qu'en France hexagonale (2,6 %). Au contraire des DOM, Saint-Barthélemy comptent peu de familles monoparentales parmi ses ménages : 6,6 % contre 23,5 % en Guadeloupe.

De bonnes conditions de logement

En 2007, on dénombre 4 300 logements dont 79,8 % sont des résidences principales. La part de résidences secondaires est importante dans la COM : 15,3 % contre 5,7 % en Guadeloupe. Leur nombre a augmenté plus vite que les autres types de logements (+6,1 % par an entre 1999 et 2007 contre +2,7 % pour les résidences principales) alors qu'il avait décliné entre 1990 et 1999.

Du fait du ralentissement de la croissance de la population depuis 1999, le nombre de résidences principales a progressé moins rapidement que lors de la période précédente (+4,4 % par an entre 1990 et 1999 contre +2,7 % entre 1999 et 2007).

A Saint-Barthélemy, peu de ménages sont propriétaires de leur logement et cette situation n'a pas évolué depuis 1999 : 45,7 % en 2007 contre 60,7 % en Guadeloupe.

En 2007, comme en 1999, presque tous les ménages disposent de l'électricité et d'une baignoire ou d'une douche avec WC à l'intérieur du logement. Plus de 9 ménages sur 10 ont l'eau chaude et 8 sur 10 la climatisation. La présence de ces deux derniers éléments de confort s'est intensifiée depuis 1999 : la part de ménages disposant de l'eau chaude s'est accrue de 3,9 points et la proportion de ménages disposant de la climatisation de 27,2 points.

Un taux de chômage peu élevé à Saint-Barthélemy

En 2007, on compte près de 5 200 personnes actives à Saint-Barthélemy, soit 83,4 % de la population en âge de travailler. En Guadeloupe, le taux d'activité est inférieur de 16 points. Le nombre d'actifs a augmenté de façon importante depuis 1999 (33 %), de fait, le taux d'activité s'est également fortement accru (4,1 points). Alors qu'en Guadeloupe la population active est majoritairement féminine, à Saint-Barthélemy elle est surtout masculine. Les hommes représentent 58,5 % des actifs dans la COM contre 47,9 % en Guadeloupe.

Parmi les actifs, plus de 5 000 occupent un emploi, soit 80,8 % de la population en âge de travailler. Le taux d'emploi est particulièrement élevé. En Guadeloupe, il n'est que de 47,7 %. Le taux d'emploi des hommes est supérieur de 14,3 points à celui des femmes. Cependant, entre 1999 et 2007, le nombre d'actifs occupés a augmenté plus vite chez ces dernières.

Le taux de chômage est bas à Saint-Barthélemy (3,2 % de la population active), il est largement inférieur à celui de Guadeloupe (29,0 %). Il a diminué de plus de 1,2 points depuis 1999, grâce à la baisse du nombre de chômeurs et la forte augmentation du nombre d'actifs occupés. Comme en Guadeloupe, les femmes sont plus touchées par le chômage que les hommes (2,1 % et 4,7 %).

En 2007, 32,4 % des actifs occupés sont employés, soit moins qu'en Guadeloupe (35,9 %). A noter que la plupart des services administratifs de Saint-Barthélemy sont en fait implantés à Saint-Martin.

Les professions intermédiaires ont une place croissante du fait de l'augmentation rapide de leurs effectifs (+3,8 points).

Plus des deux tiers des actifs occupés sont salariés, 47,5 % disposent d'un contrat à durée indéterminée et près de 12 % travaillent à temps partiel. C'est davantage le cas des femmes que des hommes.

Un taux d'emploi plus élevé dans la construction

En 2007, Saint-Barthélemy regroupe plus de 5 700 emplois. Le nombre d'emplois dans la zone a beaucoup progressé depuis 1999 : +52,2 % contre +12,9 % en Guadeloupe. Le tissu productif est essentiellement tertiaire mais de façon moins marquée qu'en Guadeloupe. Ce secteur englobe 73,4% des emplois contre 81,4 % en Guadeloupe. Cependant, le secteur de la construction dispose d'une place non négligeable : 19,2 % des emplois contre 7,7 % en Guadeloupe.

Un taux de scolarisation en augmentation

En 2007, à Saint-Barthélemy, près de 1 500 personnes sont scolarisées. Le taux de scolarisation des enfants d'âge préscolaire (2 à 5 ans) est de 75,6 %. Ce taux culmine à plus de 90 % lors de période de scolarisation obligatoire. Chez les jeunes âgés de 18 ans ou plus, le taux de scolarisation diminue sensiblement : 11,2 % chez les 18 à 24 ans et 1,2 % chez les 25 à 29 ans. A partir de 15 ans, le taux de scolarisation à Saint-Barthélemy est largement inférieur à celui de la Guadeloupe.

La différence est particulièrement marquée chez les personnes âgées de 18 à 24 ans où le taux est quatre fois moins élevé qu'en Guadeloupe.

La part des non diplômés

En 2007, 25,4 % de la population non scolarisée ne dispose pas de diplôme. C'est beaucoup moins qu'en Guadeloupe (42,2 %). Les habitants de Saint-Barthélemy ont un bon niveau de formation. En effet, les CAP ou BEP, les bacs ou brevets professionnels et les diplômes du supérieur concernent chacun environ un cinquième de la population non scolarisée. Ils sont beaucoup plus présents qu'en Guadeloupe. Enfin, les femmes sont plus souvent sans diplôme que les hommes (26,1 % et 24,9 %) mais elles disposent plus fréquemment d'un diplôme au moins égal au bac (46,4 % et 37,1 %). Les hommes sont quant à eux plus souvent titulaires d'un CAP ou d'un BEP (28,2 % et 15,5 %).

Une communauté étrangère essentiellement d'origine européenne

A Saint-Barthélemy, plus de 1 000 personnes sont de nationalité étrangère, soit 12,2 % de la population. En Guadeloupe, elles représentent moins de 5 % de la population. Saint-Barthélemy se caractérise par l'origine essentiellement européenne de sa communauté étrangère, alors qu'elle est principalement caribéenne en Guadeloupe et à Saint-Martin. Une quarantaine de nationalités sont présentes à Saint-Barthélemy. A eux seuls, les Portugais représentent la moitié des étrangers alors que les autres nationalités regroupent chacune moins de 10 % des étrangers. Seulement 11 % sont originaires de la Caraïbe.

La majorité a atteint l'âge où le taux d'emploi est généralement le plus élevé : 66,9 % des étrangers ont entre 25 et 54 ans contre 52,9 % des Français. Aussi, 72,1 % des étrangers occupent un emploi contre 58,6 % des Français.

Une plus faible mortalité prématurée

De 2005 à 2008, en moyenne, 39 personnes sont décédées chaque année, ce qui représente un taux brut annuel de mortalité de 4,6 décès pour 1 000 habitants. Les taux de mortalité standardisés sur l'âge et le sexe indiquent qu'il n'y a pas de différences de mortalité entre la population de Saint-Barthélemy et la population guadeloupéenne. Les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de mortalité (32 % des décès), suivies des tumeurs (25 %) et des causes extérieures de traumatismes et empoisonnements (14 %).

Sur la période, 15 décès par an sont survenus avant l'âge de 65 ans, soit plus du tiers des décès. Le taux de mortalité prématurée est de 1,9 décès avant 65 ans pour 1 000 habitants de ce groupe d'âges. Le taux standardisé de mortalité prématurée des hommes de Saint-Barthélemy est significativement inférieur à celui de leurs homologues guadeloupéens. Ils ne sont pas significativement différents chez les femmes.

Parmi ces décès prématurés, plus de la moitié peuvent être qualifiés d'« évitables ». La prévention des deux tiers des décès « évitables » repose principalement sur la modification des comportements à risque.

Chapitre II : Etat des lieux de l'offre de santé dans les domaines de la prévention, du soin, de la prise en charge de la perte d'autonomie

L'objectif est de donner un état des lieux de l'offre de soins au sein des îles du nord : Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Les Territoires devenus des collectivités territoriales depuis la loi organique du 21 Février 2007 affichent des indicateurs socio démographiques très différents.

Tableau 1 : Indicateurs sociodémographiques dans les îles du nord

	SAINT-MARTIN	SAINT-BARTHÉLEMY
Population (2008)	36 661	8 673
Densité	678/km2	402/km2
Personnes âgées de 65 ans ou plus (2007)	4%	9%
Part de la population étrangère	34%	12%
Taux de natalité (2006)	25 pour 1000 habitants	11 pour 1000 habitants
Taux de mortalité (2005-2008)	2,9 pour 1000	4,6 pour 1000
Taux de chômage 2008	24,4% de la population active	2,4% de la population active

Sources : INSEE, RP

I- Les établissements de santé

Saint Martin et Saint Barthélemy disposent de deux centres hospitaliers : Centre hospitalier Louis Constant Fleming se trouvant à Saint-Martin et le centre hospitalier De Bruyn à Saint Barthélemy.

Le C.H. Louis Constant Fleming, dispose d'une capacité de 78 lits et 8 places (voir tableau suivant).

Tableau 2 : Autorisations en 2011*

	2011	
	Nombre lits	Nombre de places
Médecine	29	5
Chirurgie	16	3
Obstétrique	17	
SSR	0	
psychiatrie	10	
maternité	6	
Total	78	8

Source Ars Guadeloupe / Pole offre de soins

*L'établissement dispose d'un service d'accueil des urgences

Le nombre de séjours en 2010 est de 5448. (Source PMSI 2010).

Le tableau suivant synthétise l'activité de cet établissement :

Tableau 3 : Activité hospitalière en 2010

	Hospitalisation Complète			Hospitalisation partielle (hors chimiothérapie)		Anesthésie ou Chirurgie ambulatoire		File active en hospitali.	Autres traitements et cures ambulatoires
	Lits installés	Entrées totales	Nbre. de journées	Nbre. de places	Nbre. de venues	Nbre. de places	Nbre. de venues	Nbre. de Patients	Nombre de Séances
Médecine	34	1 975	10 638		295		0		0
Chirurgie	14	891	4 414		0	2	396		
Obstétrique	17	1 389	5 057	2	356		0		0
Total s. courte durée	65	4 255	20 109	4	651	2	396		0
Psychiatrie générale	8	145	2 254	0	0			612	2 246
Psychiatrie infanto-juv.								376	1 927
Total sect. hospit.	73	4 400	22 363	4	651	2	396		4 173
TOTAL	73	4 400	22 363	4	651	2	396		4 173

Source SAE 2010

L'établissement dispose d'une Permanence(s) d'accès aux soins (PASS).

Tableau 4 : Effectif médical

FONCTION	Effectif total (*)	Dt Effec. tp part. (*)	ETP total (*)
Médecine Générale	4		4,00
Spécialités médicales	20	5	16,86
- dt anesth. réanimateurs	5	1	4,50
Spécialités chirurgicales	11	5	5,20
- dt Gynéco.-obstét.	3		3,00
Psychiatres	4		4,00
Pharmaciens	3	1	2,00
Autres	13	1	11,45
TOTAL (hors internes)	55	12	43,51

Source SAE 2010

Tableau 5 : Effectif non médical salarié

FONCTION	Eff total	ETP Total
Sages femmes	20	17,50
Pers. encadrement du pers. soignant	12	12,00
Infirmiers spécialisés	23	22,86
Infirmiers non spécialisés	75	73,11
Aides soignants	55	55,00
ASH	35	34,48
Psychologues	5	4,50
Personnels de rééducation	1	1,00
Total Services de Soins	226	220,45
Personnels de direction	4	3,61
Directeurs de soins infirmiers		
Autres pers. administratifs	32	29,00
Pers. éducatifs et sociaux	7	7,00
- dont assistants de service social	7	7,00
Personnels pharmacie	2	2,00
Personnels laboratoire		
Personnels radiologie	5	5,00
Autres Personnels médico-techniques		
Personnels techniques et ouvriers	24	24,00
Total Hors Services de Soins	74	70,61
TOTAL personnel non médical	300	291,06

Source SAE 2010

Tableau 6 : Activité des Plateaux Médico-techniques

EQUIPEMENTS ET SALLES	Nbre Eqt.dans l'ets	Nbre.examens ou interv..	dt Nbre. de nuit
Scanner	0,00	1 935,00	0,00
IRM	0,00	57,00	0
Echographe Doppler	2,00	461,00	0
Total salles d'imagerie	2,00	7 520,00	0
Salles dest. aux actes sous anest	4,00	0,00	
- dt salles d'interv. Chirurgicales	3,00	2 122,00	127
Sites anesthésiques	1,00		
Salles de surveillance post interv.	1,00		

Source SAE 2010

Tableau 7 : Activités de soins autorisées

Structures des urgences (générale et pédiatrique)	Passages	17 317	% hospit	15
SMUR (général et pédiatrique)	Nb sorties	550	dont primaires	194
Obstétrique	Accouc.	848	- dt césar	200

Source SAE 2010

Les interventions volontaires de grossesse (IVG) en 2010 (hors cabinet des médecins traitants estimé de 200 à 300 actes) :

Tableau 8 : Intervention volontaire de grossesse 2010

Nbre. Total d'IVG	196
- dont IVG par mode médicamenteux.	29
Nbre d'interruptions médicales de grossesse (IMG)	3

Source SAE 2010

Aspects financiers :

Le centre hospitalier excédentaire en 2007 affiche un bilan financier 2010 déficitaire de plus de 1M€.

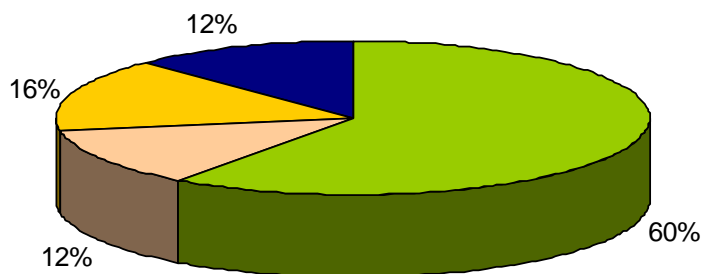
Tableau 9 : comptes financiers en 2007 et 2010

	Compte financier 2007	Compte financier 2010
Charges	39 540 628	38 059 856
Produits	39 561 723,00	36 993 598,00
Résultat	21 095,00	-1 066 258,00
Population (en 2008)	35 925	36 661

Source Ars Guadeloupe / pole offre de soins

Les charges du personnel représentent 60% de l'ensemble des dépenses.

Graph 1 : Répartition des dépenses :



■ Titre 1 : Charges de personnel
■ Titre 2 : Charges à caractère médical
■ Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général
■ Titre 4 : Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles

L'hôpital local De Bruyn dispose d'une capacité de 17 lits.

Tableau 10 : Autorisations en 2011

	2011
	Nombre lits
Médecine	10
Obstétrique	
SSR	7
Chirurgie	
	17

Source Ars Guadeloupe / Pole offre de soins

Synthèse de l'activité pour l'année 2010.

Tableau 11 : Activité hospitalière en 2010

Hospitalisation Complète			
	Lits installés	Entrées totales	Nbre. de jours
Médecine	10	956	3 121
Total s. courte durée	10	956	3 121
Soins de suite et réadaptation	7	2	2 487
Total sect. hôpit.	17	958	5 608

Source SAE 2010

Tableau 12 : Effectif médical

FONCTION	Effectif total (*)	Dt Effec. part. (*)	ETP total (*)
Médecine Générale	4		4,00
Spécialités médicales	1	1	0,10
TOTAL (hors internes)	5	1	4,10

Source SAE 2010

Tableau 13 : Effectif non médical

FONCTION	Effectif total	ETP Total
Pers. encadrement du pers. soignant	1	1,00
Infirmiers non spécialisés	10	9,00
Aides soignants	8	8,00
Total Services de Soins	22	21,00
Personnels de direction	1	0,20
Autres pers. administratifs	5	5,00
Personnels techniques et ouvriers	5	5,00
Total Hors Services de Soins	11	10,20
TOTAL personnel non médical	33	31,20

Source SAE 2010

Le centre hospitalier accueille les urgences et fonctionne en étroite collaboration avec un cabinet de radiologie privé et un laboratoire privé d'analyse médicale.

Aspect financier :

Le bilan financier 2010 révèle un déficit de plus de 74 milles euros ce qui représente environ 9€ par habitant.

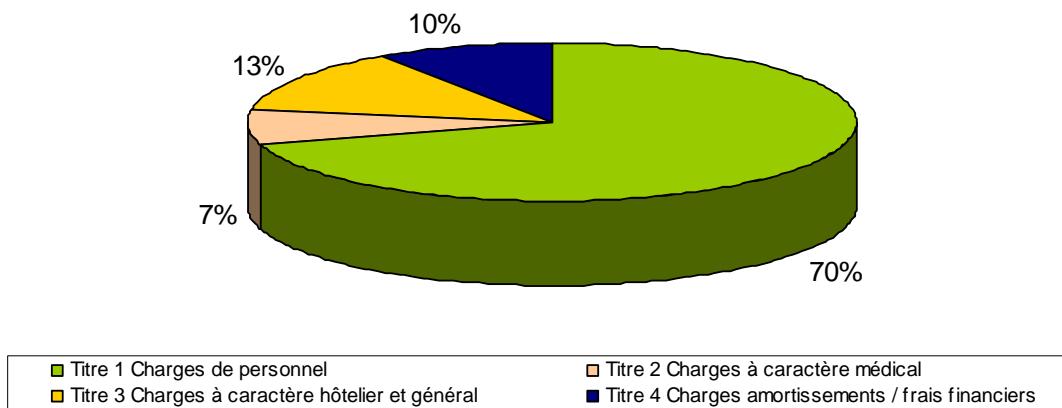
Tableau 14 : Comptes financiers

	Compte financier 2007	Compte financier 2010
charges	3 300 396	3 514 973
produits	3 117 157,49	3 441 086,00
résultat	-183 238,48	-73 887,00
population	8 450	8 673

Source Ars Guadeloupe

Les charges du personnel représentent 70% de l'ensemble des dépenses, cette part est quasiment stable depuis 2006.

Graph 2 : Répartition des dépenses



II- Les autres structures de soins :

L'AUDRA, assure la prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques.

- Age moyen des patients : 51 ans.
- File active 40 Patients ;
- 10 Postes d'auto-dialyse assistées.
- 18 Patients relèvent d'une unité médicalisée de dialyse.
- Les Pathologies associées sont: l'insuffisance cardiaque, l'artériopathie chronique, l'hypertension artérielle et/ ou le diabète

Un cabinet de radiologie « CONCORDIA » équipé d'un scanner classe 3 et d'un IRM de 1.5T basés à Saint-Martin.

Une structure d'hospitalisation à domicile (HAD) mise en service depuis 2010 par la Clinique Choisy.

III- Les structures médico sociales :

Un SSIAD avec 30 places autorisées

Un EHPAD avec 40 places autorisées.

Tableau 16 : dotations et autorisations 2010

	Dotation approuvée BP	Nbre autorisations	Coût moyen
SSIAD Saint-Martin PA	371 436	25	14 857
SSIAD Saint-Martin PH	74 287	5	14 857
Total SSIAD St Martin	445 723	30	14 857
EHPAD BETHANY HOME	688 646,00	40	17 216
<i>Dont CNR</i>	64 000,00		

Source Ars Guadeloupe /pôle offre de soins

Pour les personnes handicapées :

Tableau 17 : dotations et autorisations 2010

	Dotation approuvée BP	Nbre de places	Coût moyen
SESSAD des îles du nord	939 310	47	19 985

Source Ars Guadeloupe

Pour les populations à difficultés spécifiques :

Tableau 17bis : dotations et autorisations 2010

	Dotation approuvée BP	Nbre de places	Coût moyen
ACT AIDES	212 961	8	26620
CSAPA + CC Saint- Martin	255 803		

Source Ars Guadeloupe

IV- Les professionnels de santé:

Tableau 18 : les professionnels de santé en 2009

	Saint- Barthélemy	Saint- Martin
Omniprat	8	22
Spécialistes	6	14
Dentistes	5	25
Sages-femmes		2
Infirmières	12	30
Kinés	10	20
Pédicures		1
Orthophonist	1	9
Orthoptistes		
Pharmacies	3	12
Transporteurs		
Ambulances	1	2
Autres		1
Labos	1	2
Appareilleurs	5	13
TOTAL GENERAL	53	154

Source CGSS Données 2009

La densité des professionnels de santé pour 100.000 habitants :

Tableau 19 : densité des PS en 2009

	Saint- Barthélemy	Saint-Martin
Omniprat	92	60
Spécialistes	69	38
Dentistes	58	68
Infirmières	138	82
Kinés	115	55
Orthophoniste	12	25
Pharmacies	35	33

**Tableau 20 : Nombre d'actes des sages-femmes
par collectivité de résidence du patient en 2010**

Désignation	Saint- Barthélémy	Saint- Martin	Total
Consultations	7	28	35
Consultations de suivi de grossesse	2		2
Actes de sage-femme	366	2 381	2 747
Soins infirmiers de sage-femme			0
Examen de suivi post- natal	16	21	37
Visite	4	5	9

Source CGSS

**Tableau 21 : Nombre d'actes infirmiers
par collectivité de résidence du patient en 2010**

	Saint- Barthélemy	Saint- Martin	Total
Actes infirmiers de soins	34 832	49 043	83 875
Soins infirmiers	18 979	247 750	266 729
Démarche de soins infirmiers	10	218	228

**Tableau 22 : Nombre d'actes des masseurs-kinésithérapeutes
par collectivité de résidence du patient en 2010**

	Saint- Barthélemy	Saint- Martin	Total
Actes de kiné en établissement	42	130	172
Actes de kinésithérapie	6 515	18 800	25 315
Actes de kinésithérapie ostéo-articulaire	14 397	28 992	43 389

Source CGSS

V- Quelques indicateurs socio sanitaires :

Le tableau suivant indique la part des bénéficiaires du protocole ALD et des bénéficiaires de la CMU dans la population totale.

Tableau 23: bénéficiaires ALD et bénéficiaires CMU en 2010

	SAINT- BARTHÉLEMY	SAINT- MARTIN	Guadeloupe
ALD	5%	7%	15%
CMU	3%	20%	27%

Source CGSS

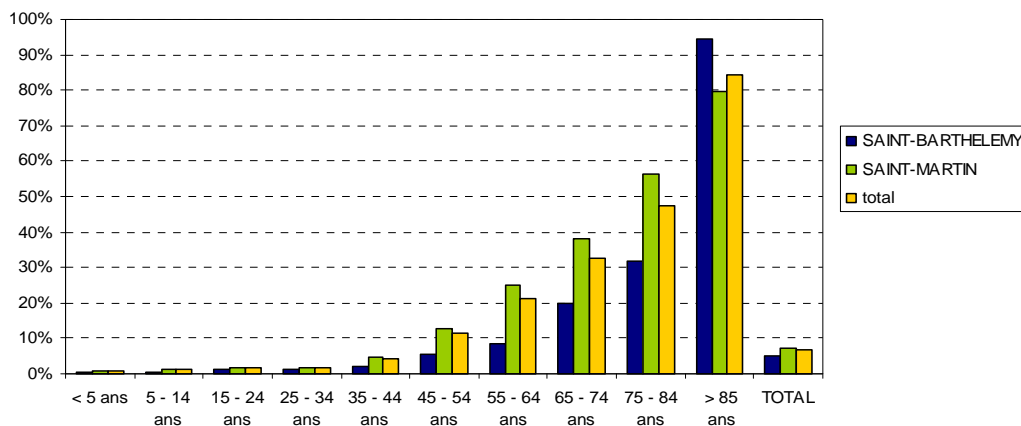
a- Bénéficiaires du protocole ALD :

Tableau 24 : Bénéficiaires des ALD au 31/12/2010

COMMUNE	< 5 ans	5 - 14 ans	15 - 24 ans	25 - 34 ans	35 - 44 ans	45 - 54 ans	55 - 64 ans	65 - 74 ans	75 - 84 ans	> 85 ans	TOTAL
SAINT-BARTHÉLEMY	3	6	11	21	43	71	68	88	76	52	439
SAINT-MARTIN	28	93	86	97	311	621	620	402	228	107	2 593
TOTAL	31	99	97	118	354	692	688	490	304	159	3 032

Source CGSS

Graph 3 : Part de la population bénéficiaire des ALD



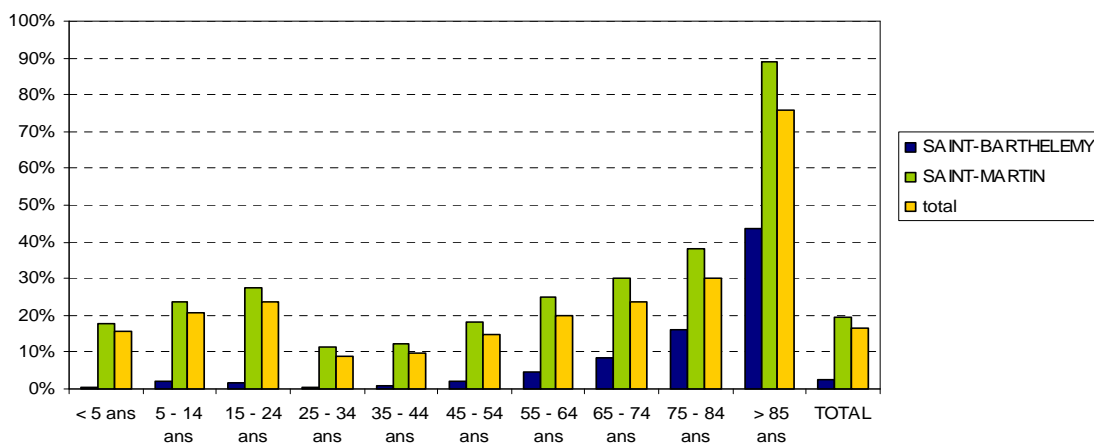
b- Bénéficiaires de la CMU :

Tableau 25 : Bénéficiaires de la CMU au 31/12/2010

COMMUNE	< 5 ans	5 - 14 ans	15 - 24 ans	25 - 34 ans	35 - 44 ans	45 - 54 ans	55 - 64 ans	65 - 74 ans	75 - 84 ans	> 85 ans	TOTAL
SAINT-BARTHÉLEMY	2	21	13	6	19	30	36	37	38	24	226
SAINT-MARTIN	656	1 676	1 333	628	803	885	614	320	154	119	7 188
TOTAL	658	1 697	1 346	634	822	915	650	357	192	143	7 414

Source CGSS

Graph 4 : Part de la population bénéficiaires des la CMU



VI- Mobilité de la patientèle en 2009

a- Pour la collectivité de Saint Barthélemy :

Le tableau suivant indique les lieux de consultations pour les patients résidant à saint Barthélemy en 2010. Les patients consultent leur généraliste localement, par contre en ce qui concerne les consultations de spécialistes ils sont 42% à se rendre à Saint-Martin.

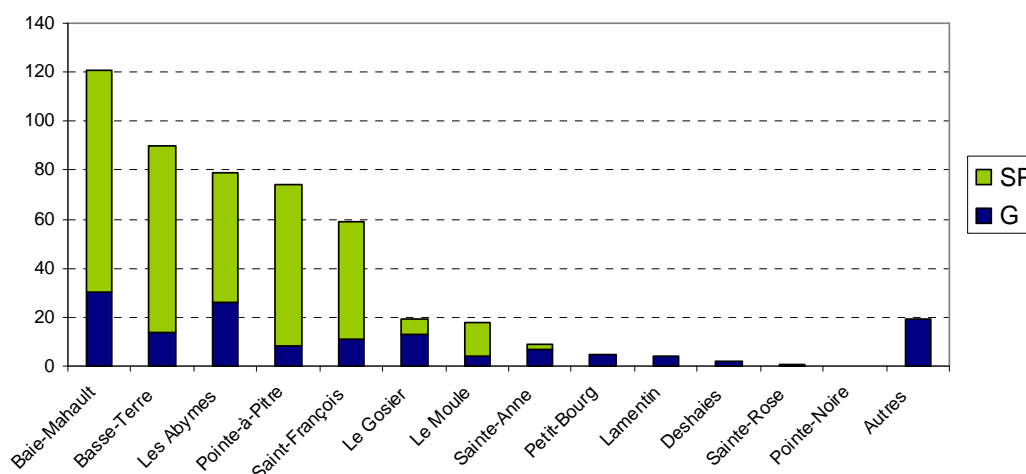
Tableau 26 : Principales destinations des patients de saint Barthélemy

commune	Généralistes	Spécialistes	Total
Saint-Barthélemy	94%	47%	73%
Saint-Martin	2%	42%	20%
autres destinations	4%	11%	7%
total	100%	100%	100%

Source CGSS

Les autres lieux de consultation sont hiérarchisés dans le graphique suivant (hors Saint Barthelemy et Saint-Martin) :

Graph 5 : les destinations des patients de saint Barthélemy par ordre décroissant



* G : Généralistes, SP : Spécialistes

b- Pour la collectivité de Saint-Martin :

Les patients de Saint-Martin consultent localement.

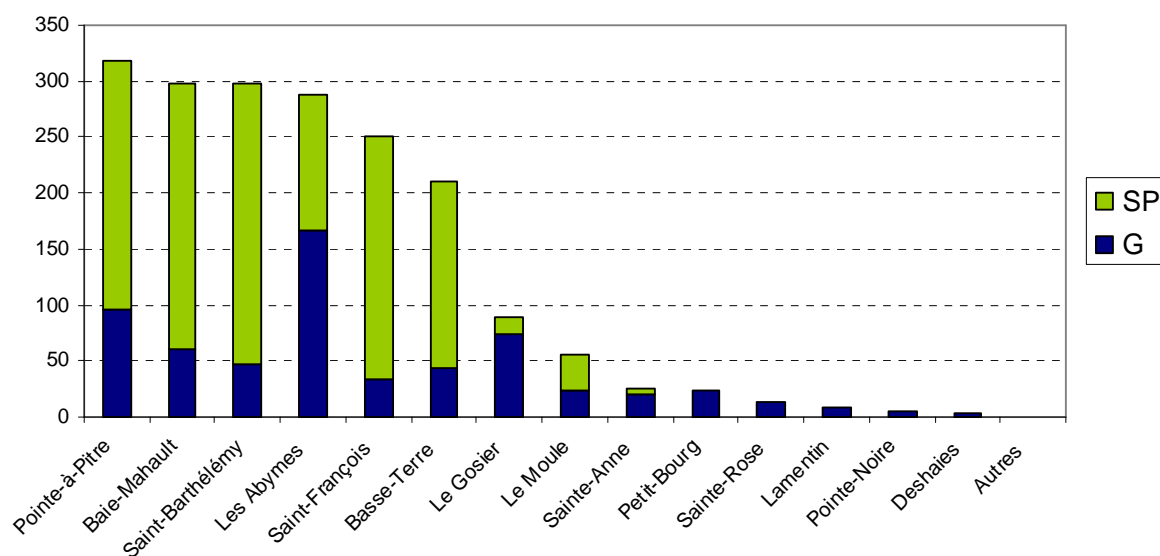
L'attractivité des autres communes est présentée dans le graphique suivant (source CGSS).

Tableau 27 : Principales destinations des patients de Saint-Martin

Commune	Généralistes	Spécialistes	Total
Saint-Martin	97%	93%	95%
autres destinations	3%	7%	5%
total	100%	100%	100%

Source CGSS

Graph 6 : les lieux de consultation des patients de Saint-Martin



* G : Généralistes, SP : Spécialistes

VII- Coût de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) :

Tableau 28: Coût de la PDSAn 2010

Secteur	2010	Cout/habitant
Saint-Barthélemy	65 200	8€
Saint-Martin	68 650	2€
Total	133 850	3€

Source CGSS/insee

VIII - Prévention :

Tableau 29 : Les enveloppes de crédit Etat en 2010 et 2011

	2010	2011
CIDDIST	262 900	263 000
Tuberculose	238 000	236 000
Vaccination	113 000	113 000
Sida liaisons Dangereuses	220 000	220 000
Aides	18 000	30 000
Total	851 900 €	862 000 €

Source Ars/pole santé publique

Chapitre III : La Stratégie de Santé à Saint Martin et Saint Barthélemy


- Les deux territoires de **Saint-Martin et Saint-Barthélemy** se caractérisent par leur **isolement**, l'importance des **populations saisonnières** et le développement du **tourisme**.
Saint Martin se caractérise par une forte précarité et un accès aux droits sociaux rendu difficile pour les populations migrantes.
Saint Barthélemy se caractérise par un degré d'autonomie en soins à préserver sur un territoire de 8500 habitants, qui deviendra en 2012, Pays et Territoire d'Outre Mer au sein de l'Union Européenne.

I. Les cinq grands domaines pour le territoire de Saint-Martin

1. Le domaine du handicap et du vieillissement

a. Le Handicap

- **La prise en charge du handicap¹ se construit localement.** L'île dispose d'un SESSAD polyvalent de 47 places. Il répond aux demandes de Saint Barthélemy. On note une trentaine d'enfants en liste d'attente.
L'accès à l'offre médico-sociale reste fortement limité. Les familles peuvent être contraintes de quitter l'île pour se rapprocher de structures adaptées. Les places ne sont pas toujours disponibles en Guadeloupe.

 **L'objectif général est d'améliorer l'offre de proximité**

- Le schéma territorial de la Collectivité a défini un certain nombre de priorités :
 - Amélioration de la visibilité sur les différents types de handicap présents sur l'île ;
 - Organisation de la prévention du handicap ;
 - Mise à disposition de moyens réguliers de dépistage des enfants ;
 - Développement de partenariats avec les centres interrégionaux Antilles-Guyane pour les handicaps rares
 - Projet expérimental d'une structure de prise en charge des différents handicaps rencontrés
 - Maintien à domicile, scolarisation des enfants handicapés, insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées ;

La réduction des inégalités passe par la structuration de l'offre de service de proximité réalisable sur l'île de Saint Martin.

La qualité de la prise en charge attendue doit s'adapter à la réalité du territoire et des populations avec un degré de prise en charge conforme à la réglementation.


Les projets devront prévoir la **coopération** avec le secteur hospitalier, en particulier le secteur de la psychiatrie. Les liens avec le secteur libéral sont à maintenir en termes de mutualisation.

b. Le Vieillissement :

- **Il est fait constat sur le territoire de Saint Martin de l'existence d'un Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes de 40 places, d'un Service de Soins Infirmiers A Domicile de 30 places et de trois services d'aide à domicile.**

La part de la population vieillissante est faible : 1,6% de plus de 75 ans contre 8,3% en métropole. L'indice de vieillissement est de 25,4% à Saint Martin contre 57,3% en métropole.

Les structures d'accueil pour personnes âgées devront suivre l'évolution de la dépendance et des pathologies des bénéficiaires.

 **L'objectif général est d'adapter l'offre aux besoins des personnes âgées.**

- **L'amélioration du dépistage** est un enjeu :
 - Maladie d'Alzheimer ;
 - Troubles sensoriels.

¹ La Commission Territoriale des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées s'est mise en place en 2009 pour le suivi de la file active des personnes sur le territoire.

2. Le domaine des risques sanitaires

a. Les maladies vectorielles

- **La dengue** présente sur l'île un caractère endémique. La population n'est pas immunisée contre le West-Nile et le Chikungunya. La réglementation européenne et les impératifs techniques restreignent la fréquence et le choix des produits insecticides à utiliser. A noter, qu'une attention particulière doit être portée sur la **leptospirose** et la rage.

🚦 **L'objectif est de prévenir et de gérer la survenue de maladies émergentes ou ré émergentes.**

- **Il paraît nécessaire de renforcer le dispositif de surveillance et de gestion des maladies émergentes.**
 - Adhésion de la population en général mais aussi des professionnels de santé, de la construction à la démarche de prévention et de lutte anti vectorielle.
 - Coopération avec la partie néerlandaise pour une mutualisation des moyens et une planification d'actions communes.
 - poursuite des campagnes d'élimination régulière des déchets et encombrants, et de dératisations ponctuelles.

b. Les risques naturels :

- **Le dispositif de lutte contre les cyclones est connu et testé.** La veille météorologique est efficace et très bien diffusée. Le risque sismique est important compte tenu de la situation géographique de l'île. Certaines règles restent à être diffusées auprès de la population malgré les campagnes d'information. Quant au risque TSUNAMI, les délais peuvent être extrêmement courts entre l'alerte et le phénomène. Une simulation récente a été effectuée et a abouti à la mise en place d'un dispositif local. L'EHPAD BETHANY est en zone à risque.

🚦 **L'objectif est de faire face à une catastrophe naturelle dans un contexte d'isolement relatif.**

- L'impact sanitaire dépendra du phénomène et de son ampleur. Une catastrophe naturelle peut conduire à laisser isoler le territoire de 24H à 72H maximum. Les impératifs sanitaires sont :
 - l'organisation des secours aux victimes avec l'appui de la Guadeloupe
 - l'accessibilité des structures de prise en charge
 - la nouvelle détermination de la capacité d'accueil maximum de l'hôpital de Saint Martin dans le cadre de la révision à prévoir du plan blanc
 - La connaissance pour l'ensemble des structures de prise en charge des moyens de fonctionnement à jour
 - l'organisation de l'accès des professionnels de santé vers le Centre hospitalier
 - l'organisation de l'évacuation des déchets pour limiter les risques épidémiques secondaires, avec une surveillance de la veille sanitaire
 - le traitement précoce et le conditionnement des victimes en chambres froides.

c. La problématique de l'eau

- Saint Martin est considérée comme une **zone sèche**. L'île s'est construite par développement d'une usine d'extraction d'eau de mer, renouvelée en 2006 par des unités d'osmose inverse. Le prix de l'eau reste élevé pour le citoyen². L'habitat est composé de citernes de façon générale. L'établissement des eaux et de l'assainissement de Saint Martin prévoit de rattraper le retard pris dans le renouvellement de l'infrastructure et de son renforcement pour 2015-2020. L'usine collective de l'UCDEM a déposé un dossier visant à sa régularisation et son autorisation de fonctionnement selon la nouvelle législation européenne et française. Un nombre important de sites de production privés sont existants sur le territoire. Ils sont soumis à des contrôles et à des demandes de régularisation.

🚦 **L'objectif général est de maintenir le contrôle renforcé de l'eau potable sur le territoire.**

² 6,5 euros le m³

L'objectif consiste à éviter à la population les coupures d'eau, d'assurer une **meilleure qualité de l'eau** par la rénovation du réseau, améliorer le niveau d'autocontrôle. L'action préventive de l'Agence doit être renforcée :

- Information régulière à la population sur l'usage interdit et ou limité de l'eau de pluie.
- Communication auprès des usagers sur la qualité de l'eau.
- Coopération Etat / Collectivité.

3. Le domaine de la Périnatalité et de la petite enfance

- **En matière de santé maternelle**, on note un nombre élevé d'IVG : 500 IVG pour 900 naissances, un nombre de grossesses à risque et un nombre élevé de césariennes (25%), des difficultés d'ouverture des droits.
- **En matière de santé périnatale**, on relève un taux de mortalité élevé de nouveau-nés, un dépistage et une prise en charge des handicaps tardifs. Il reste parfois difficile de faire admettre un enfant dans une institution médico-sociale en Guadeloupe.
- **En matière de santé infantile**, on constate un nombre important d'enfants obèses et une couverture vaccinale insuffisante.

Les enjeux sont d'améliorer le réseau des opérateurs de santé de la périnatalité afin de :

- Réduire la mortalité maternelle :
 - Identifier et mieux orienter les femmes enceintes
 - Mieux surveiller les grossesses pathologiques,
- Réduire la mortalité infantile,
 - Mieux surveiller la grossesse
- Améliorer le dépistage précoce des handicaps,
- Mieux prendre en charge l'obésité
- Améliorer le taux de vaccination.

Le schéma Territorial de la collectivité de Saint Martin préconise le développement d'un réseau ville-hôpital sur la périnatalité au sein duquel la médecine de ville serait un partenaire incontournable.

Le réseau périnatalité mis en place en Guadeloupe fin 2011, pourrait étendre son activité à la collectivité de Saint-Martin.



L'objectif général est d'améliorer le suivi et le recueil de l'information sur les questions périnatales.

L'accès à l'offre repose sur une meilleure coordination des acteurs.

Une organisation doit se mettre en place afin d'améliorer le dépistage des handicaps.

La réduction des inégalités passe par un meilleur accès aux droits des personnes face à un public majoritairement en situation de précarité.

La qualité de la prise en charge passe une meilleure information aux usagers du dispositif existant, par des formations continues pour les professionnels de santé.

Les acteurs de la coopération en matière de périnatalité sont les médecins généralistes, les gynécologues libéraux, l'hôpital, l'HAD, la collectivité de Saint Martin, la santé scolaire, les associations locales, la Protection Maternelle et Infantile de la Collectivité, les crèches, et les centres de dépistages des infections sexuellement transmissibles. Par ailleurs une coopération étroite doit se développer avec l'hôpital de Bruyn de Saint Barthélemy.

4. Le domaine des maladies chroniques

- **Les données épidémiologiques indiquent la propagation du diabète comme maladie chronique :**
L'île se caractérise par le développement de facteurs socioculturels défavorables tels que la précarité, la culture anglo-saxonne du « fast food » et de mauvaises habitudes alimentaires.
- Une prévention rendue difficile par une société qui a énormément évolué en vingt ans : une

société jeune et multiculturelle

- Les principales causes de décès sont dues à des complications cardiovasculaires qui constituent des motifs importants d'hospitalisation en médecine : 20% des patients hospitalisés sont diabétiques
 - De réelles inégalités dans l'accès aux soins notamment pour une population pour partie clandestine
 - Un accès limité aux spécialités d'endocrinologie ou de diabétologie
 - La santé scolaire fait le constat de 10% d'enfants obèses dans les classes de 3^{ème}
- **La lutte contre le VIH reste une priorité et un problème majeur de santé publique** : Les moyens ont été renforcés depuis 2005 au titre de la prévention et des soins. Saint Martin est doté de deux centres de dépistage et de trois associations de prévention. Les taux de prévalence restent élevés. Le taux de séroprévalence chez les femmes enceintes est supérieur à 1%. La file active³ de patients suivis en 2010 à l'hôpital de Saint Martin est de 446 patients contre 190 en 2002. L'hôpital de Saint Martin dispose d'une unité de dépistage et de soins des maladies transmissibles rattachée au service de médecine. Cette unité développe :
 - Des formations auprès des professionnels de santé,
 - Un travail en réseau avec la médecine libérale sur le suivi en ville de patients,
 - L'éducation thérapeutique ;
 - L'observance des patients.

Sur l'analyse de la prise en charge, les résultats obtenus sont tout à fait satisfaisants et comparables à ceux de la métropole avec près de 85% de patients en succès thérapeutique et aucun cas de transmission mère enfant.

- **120 patients résidant à Saint Martin ont une pathologie cancéreuse. La précarité constitue un des facteurs de perte de chance dans le traitement du cancer.**
Les cancers de la prostate et du sein sont les plus répandus. En matière de dépistage colorectal et du sein, le taux de dépistage du sein n'est que de 20%.
La prise en charge par chimiothérapie n'est pas encore mise en œuvre. L'installation d'une hotte à flux laminaire est toujours à l'état de projet. Les consultations d'oncologie ne sont pas régulières.
- **L'incidence et la prévalence de l'insuffisance rénale sont 2 fois plus élevées aux Antilles qu'en métropole (1 dialysé/ 1000 habitants).**
Une quarantaine de patients sont actuellement dialysés à l'AUDRA. Le diabète, l'hypertension artérielle et la néphropathie VIH sont les principales causes d'entrée en dialyse. On relève une surreprésentation des patients pris en charge tardivement par insuffisance de dépistage précoce des maladies rénales.
- **L'incidence et la prévalence des maladies cardiovasculaires sont élevées : il s'agit de la première cause d'hospitalisation en médecine et un des principaux motifs de transfert.**
L'obésité multiplie par trois la prévalence de l'hypertension artérielle. Il n'y a qu'un seul cardiologue plein temps sur l'île. La prise en charge cardiovasculaire relève très souvent de l'urgence vitale.

🚩 **Les objectifs généraux sont :**

- D'améliorer la prise en charge localement par l'organisation d'un « processus global de traitement du diabète et de l'obésité ».
- D'organiser en matière de VIH/IST un dépistage précoce avec pour effet une prise en charge de meilleure qualité.
- De mettre en place une stratégie de lutte effective contre le cancer.
- D'améliorer le dépistage et la prise en charge (dont éducation thérapeutique) de l'Hypertension Artérielle, et autres maladies cardiovasculaires (Infarctus du myocarde, AVC).

³ 56% de femmes et 44% d'hommes, des sujets jeunes : 60% des Patients entre 30 et 50 ans ; une transmission essentiellement hétérosexuelle (96%) ; une population migrante à 75% vivant généralement dans une grande précarité sociale, économique et administrative. On constate un accès aux soins rendus difficile localement et un dépistage par trop tardif.

- De retarder le temps de la **dialyse**, d'avoir une meilleure préparation à la dialyse ainsi qu'un meilleur service rendu aux patients.
- D'améliorer la vie des **drépanocytaires** en réduisant les complications aiguës et chroniques et la mise en place de protocole.

En termes de **prévention**, l'information, la communication, la mise en réseau associatif des acteurs locaux doit être encouragée ainsi que les relais locaux de quartier et les projets de santé communautaire.

L'**accès à l'offre et la qualité de la prise en charge** passent par une mise en réseau des différents acteurs hospitaliers et ambulatoires et un renforcement des coopérations hospitalières.

Le **respect du droit des usagers** implique le développement de l'information et de la formation des usagers.

L'**accès aux soins et l'ouverture des droits** restent des enjeux de santé publique pour lutter contre les inégalités et l'éloignement géographique.

La coopération et les échanges avec les néerlandais doivent être encouragés.

5. Le domaine de la santé mentale, des addictions et de la santé des jeunes

- **L'offre en matière de psychiatrie se compose :**
 - d'un service⁴ d'hospitalisation de 8 lits au Centre Hospitalier de Saint Martin, qui a enregistré 2500 journées d'hospitalisation, en 2010, par l'accueil de 145 patients (91 femmes et 54 hommes).
 - D'un centre médico psychologique « Adultes » et « Enfant ».
 - Une équipe mobile
 - Une antenne avancée au dispensaire de Gustavia, à Saint Barthélemy
- Les acteurs font face à des situations de plus en plus difficiles. Ces difficultés d'adaptation apparaissent généralement chez les populations jeunes. « les problèmes sociétaux » sont en partie causés par l'absence ou la déficience de la structure parentale. Les conduites à risque qui paraissent en augmentation.
- **Les addictions sont prises en charge par le service de psychiatrie et par le Centre de Soins, d'Accompagnement, de Prévention des Addictions⁵ des Iles du Nord, géré par l'association Sida Liaisons Dangereuses.**

Des conventions unissent les services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, le Ministère de la Justice, l'association Le Manteau de Saint Martin, la Croix rouge, des associations de quartier, l'Education Nationale.

L'alcool représente 32% des motifs de la consultation, suivi par la cocaïne, le crack et le cannabis (25%). Les moins de 20 ans représentent 17% de la file active ; 27% des usagers ont entre 40 et 49 ans. Le CSAPA utilise les moyens mutualisés de l'association Sida Liaisons Dangereuses qui gère aussi un centre de santé : le personnel médical et paramédical est composé d'un médecin coordonnateur, de deux médecins généralistes vacataires, d'un psychiatre vacataire, d'une assistante sociale, d'un psychologue vacataire et d'une infirmière.

Le suivi et la continuité de la prise en charge se heurtent aux difficultés d'accueil en cure de sevrage à Saint Martin et au nombre de places limitées de postcure en Guadeloupe. Dans ces conditions ils s'avèrent difficile de construire un projet de sortie de la dépendance et d'insertion sur le territoire de Saint Martin.
- **La Conférence de territoire relève l'absence de prise en charge de la santé des jeunes⁶ dans leur ensemble. Elle constate :**
 - le recours aux addictions

⁴ Le personnel médical et paramédical est composé de 4 psychiatres, un cadre infirmier, une quinzaine d'infirmiers, deux éducateurs spécialisés, deux assistantes sociales, trois psychologues à Saint Martin ; Une infirmière et un demi-poste de psychologue sont ouverts à Saint Barthélemy. Un travail local en réseau avec les associations (Manteau de Saint Martin, Liaisons Dangereuses, Croix Rouge...).

⁵ Une consultation mensuelle a lieu sur l'île de Saint Barthélemy. L'activité du CSAPA continue à augmenter :
 - 600 consultations médicales en 2010 (contre 360 en 2009)
 - 401 passages d'usagers en 2010 (contre 117 en 2009)
 - 220 dossiers suivis dans la file active avec 112 nouveaux usagers en 2010

⁶ 42,4% de la population a moins de 25 ans sur l'île.

- les comportements suicidaires
- les grossesses précoces
- le recours à l'IVG comme mode contraceptif
- le développement de l'obésité
- la dégradation de l'hygiène bucco-dentaire
- les vaccinations qui ne sont pas à jour
- la santé scolaire en charge de 8000 enfants

🚦 L'objectif général est d'adapter l'offre de santé mentale à la réalité de l'île de Saint Martin, d'améliorer la prise en charge des addictions en aval, et de faire de la santé de la jeunesse à Saint Martin un objectif transversal pour l'ensemble des domaines stratégiques.

- La prévention est un axe général et majeur pour la jeunesse de Saint Martin sur l'ensemble des champs de la santé.
- L'offre devra être complétée, de dispositif d'aval pour ce qui concerne les addictions ; et la jeunesse mieux prise en compte au sein des projets des territoires y compris lorsqu'ils se déclinent dans les établissements.
- La réduction des inégalités repose sur l'amélioration qualitative de l'offre existante.
- La qualité de la prise en charge et le respect du droit des usagers sont un objectif majeur.

II. Les cinq grands domaines pour le territoire de Saint-Barthélemy

1. Le domaine du handicap et du vieillissement

a. Le handicap

Le nombre de personnes handicapées⁷ recensé est de 50. Il n'existe pas de structure sur place. Le SESSAD CORALITA basé sur l'île de Saint Martin intervient sur le territoire de Saint Barthélemy.

🚦 L'objectif général est d'améliorer l'offre médico-sociale à Saint Barthélemy.

- En termes de prévention et de dépistage des handicaps : appui sur le dispositif mis en place à Saint Martin.
- En termes d'accès à l'offre, l'offre pourra être étendue en s'appuyant sur des projets locaux, et/ou en relai des offres de Saint Martin et de la Guadeloupe.
- La réduction des inégalités et de l'accès aux soins passera par un partenariat renforcé avec la MDPH de la Guadeloupe pour l'orientation des personnes.

b. Le Vieillissement

Le territoire de Saint Barthélemy connaît un **vieillissement de sa population**. La population de plus de 75 ans représente 3,7% de la population totale de Saint Barthélemy contre 8,3% en Métropole. L'indice de vieillissement à Saint Barthélemy est de l'ordre de 30,9% contre 57,3% pour la Métropole. La construction d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes⁸ (EHPAD) a été engagée pour une capacité d'accueil de 30 lits.

🚦 L'objectif général est d'améliorer l'offre de santé en faveur des personnes âgées.

⁷ La Commission Territoriale des Droits et de l'Autonomie des Personnes handicapées s'est mise en place récemment à Saint Barthélemy.

⁸ L'investissement (14 millions €) est intégralement pris en charge sur son budget, avec un appui du Plan de Relance, et dont l'exploitation sera confiée à l'hôpital de BRUYN, cet EHPAD devenant budget annexe de l'hôpital.

- **En termes de prévention**, il s'agit de développer une politique contre les chutes des personnes âgées et une consultation mémoire.
- **L'accès à l'offre** doit prendre en compte la prise en charge des démences et de la maladie d'ALZHEIMER. La collectivité propose le développement de la télé consultation auprès de gériatres et spécialistes des pathologies liées au vieillissement. La télé médecine devra permettre des diagnostics ou des expertises à distance de nature à aider les professionnels sur place à adopter des protocoles préexistants adaptés à chaque type de patient.
- L'objectif est de **réduire les inégalités d'accès aux soins** du fait de l'isolement de l'île.

2. Le domaine des risques sanitaires

a. Les maladies vectorielles

- La population peut être frappée périodiquement par des épidémies de **dengue**. Celle-ci ne présente pas de caractère endémique à Saint Barthélemy. La population n'est pas immunisée contre le West-Nile et le Chikungunya.

🚩 **L'objectif est de prévenir et de gérer la survenue de maladie émergentes ou ré émergentes**

- **Les actions de prévention** sont à poursuivre. La Collectivité de Saint Barthélemy s'est investie sur la lutte anti vectorielle au côté de l'Agence de Santé. Elle a mis à disposition des moyens humains et matériels. Ce partenariat est à approfondir.

Les actions à développer doivent tenir compte des flux de populations saisonnières. Le dispositif de veille doit s'adapter et se renforcer en vu d'éviter le développement de maladies dites émergentes.

b. Les risques naturels :

- Le dispositif de lutte contre les cyclones est connu et testé. La veille météorologique est efficace et bien diffusée. Le risque sismique est important compte tenu de la situation géographique de l'île. Certaines règles restent à faire connaître auprès de la population malgré les campagnes d'information. Quant au risque TSUNAMI, les délais peuvent être extrêmement courts entre l'alerte et le phénomène. Une simulation récente a été réalisée et doit aboutir à la mise en place d'un dispositif local.

🚩 **L'objectif général est de faire face à une catastrophe naturelle.**


- L'impact sanitaire dépendra du phénomène et de son ampleur. Une catastrophe naturelle peut entraîner une situation d'isolement du territoire de Saint Barthélemy avec un accès aérien difficile⁹
- Les impératifs sanitaires sont : l'organisation des secours aux victimes ; l'accessibilité à l'hôpital de Bruyn ; l'évacuation des déchets pour limiter les risques épidémiques secondaires ; le traitement précoce et le conditionnement des victimes en chambres froides.

c. La problématique de l'eau

- La collectivité¹⁰ exploite une usine d'extraction d'eau de mer par une unité d'osmose inverse pour ses besoins d'alimentation en eau potable. L'île a renouvelé presque entièrement son réseau d'eau potable.

⁹ Communication routière, maritime et téléphonique coupés ; réseaux d'eau et d'électricité endommagés ; aéroports inondés ; ruptures en produits sanguins et en oxygène : suite à des crises récentes, l'hôpital s'est doté de protocoles pour garantir des stocks suffisants

¹⁰ La collectivité de Saint Barthélemy doit déposer un dossier d'autorisation pour régulariser sa situation dans le cadre de la réglementation européenne et française. Pour des raisons de protection de la réserve naturelle, la Collectivité de Saint Barth ne souhaite pas dans le cadre de son code de l'environnement développer les usines privées d'osmoses inverses.


 **L'objectif général est de maintenir le contrôle renforcé de l'eau potable sur le territoire**

L'objectif consiste à éviter à la population les coupures d'eau, d'assurer une **meilleure qualité de l'eau** par la rénovation du réseau, améliorer le niveau d'autocontrôle. L'action préventive de l'Agence doit être renforcée :

- Information régulière à la population sur l'usage interdit et ou limité de l'eau de pluie.
- Communication auprès des usagers sur la qualité de l'eau.
- Coopération Etat / Collectivité.

3. Le domaine de la périnatalité et de la petite enfance

- Il n'existe pas de service de maternité sur place.

 **L'objectif est d'améliorer la prise en charge et le suivi des femmes enceintes.**

- Les grandes orientations sont :
 - Le développement de l'accès des parturientes aux consultations avancées des sages femmes
 - La préparation à l'accouchement
 - Une Convention-type de prise en charge avec l'hôpital de Saint Martin
 - L'accueil des femmes enceintes de St Barthélemy à Saint Martin
 - La réorganisation de Protection Maternelle et Infantile (PMI) avec l'appui de la médecine libérale et de l'hôpital de Saint Martin, sur financement de la Collectivité de Saint Barthélemy

4. Le domaine des maladies chroniques

L'île de Saint Barthélemy se caractérise par :

- le développement du diabète et des maladies cardiovasculaires
- une carence de prise en charge adaptée en matière de lutte contre le cancer
- la présence de l'hémochromatose

 **Le développement du projet général de télémédecine**

- Il s'agit de développer la télémédecine, la télé expertise, la télé consultation en particulier du fait de l'isolement de l'île. Les axes prioritaires en matière d'offre portent sur la lutte contre le développement du diabète et son suivi, la lutte contre les maladies cardiovasculaires, l'amélioration de la prise en charge du cancer. Ce projet passera par des liens renforcés et plus étroits avec l'hôpital de Saint Martin..
Une coopération hospitalière pourra être envisagée avec la Guadeloupe, la Martinique, la Métropole et éventuellement les Etats-Unis.

 **Le suivi épidémiologique de l'hémochromatose¹¹**

- La prise en charge de la patientèle s'effectue entre la médecine libérale et l'hôpital de Bruyn. Un travail de suivi de cette patientèle serait utile en termes d'observance et d'éducation thérapeutique.

¹¹ L'hémochromatose génétique de type 1 ou hémochromatose classique, par mutation du gène *HFE*, est une maladie génétique caractérisée par une hyper absorption du fer par l'intestin entraînant son accumulation dans l'organisme, préférentiellement au niveau de certains tissus et organes.

5. Le domaine de la santé mentale, des addictions et de la santé des jeunes

- En matière de santé mentale, le **maillage existant sera renforcé, notamment avec le Centre hospitalier de Saint Martin** (consultations avancées de psychiatres et de psychologues à l'hôpital de Saint Barthélemy).
Concernant la **prévention et la lutte contre les addictions**, il est prévu de renforcer les liens avec les associations existantes ou situées à Saint-Martin, notamment l'association « Les Liaisons Dangereuses »

III. Deux domaines stratégiques spécifiques :

1. La coopération sanitaire avec Sint Maarten (la commission de coopération Saint Martin/ Sint Maarten des 2 et 3 décembre 2011)

Les thèmes de coopérations transfrontalières :

La Prévention

1. La planification et mise en œuvre d'activités d'éducation et de promotion de la santé : A partir d'études épidémiologique, des actions communes pourront être menées.
Poursuite de la collaboration dans les domaines de la prévention du VIH / SIDA.
2. Conduite mutuelle d'enquêtes de comportements (KAPB) et de connaissances voire d'études en population générale.

La surveillance des maladies et la gestion des crises sanitaires

1. La poursuite et le renforcement de la surveillance et la mise en œuvre de systèmes d'information sanitaire partagés
2. La gestion des crises sanitaires:
 - Les secours médicaux en cas de catastrophes ;
 - Les programmes conjoints de formations
 - La préparation et la conduite d'exercices.

Le renforcement des services de soins de santé

- Établir une coopération et des protocoles dans l'organisation de l'approvisionnement en sang
 - Utilisation concertée des ressources des services hospitaliers en soins spécialisés et en soins médicaux d'urgence
 - Rationalisation des politiques et des réglementations sur l'aide médicale d'urgence (formations communes pour les transports sanitaires, règles communes pour les EVASAN)
- #### **2. L'aide médicale d'urgence et la permanence des soins pour les deux îles**

L'éloignement rend parfois difficile l'organisation de l'aide médicale d'urgence et la permanence des soins.

L'amélioration de l'aide médicale d'urgence passera par des solutions locales et un renforcement organisationnel avec le SAMU géré par le CHU de Pointe-à-Pitre.

La coopération avec Sint Maarten doit permettre de régler la question des patients transfrontaliers suite à un

accident et la question générale du transport sanitaire.

L'objectif est de continuer à améliorer les délais de réponses sur les deux îles pour garantir la sécurité des soins. Une réflexion pourra notamment être menée sur les modalités de renforcement de l'efficacité de la régulation avec le SAMU.

Concernant la permanence des soins, la collaboration entre les services des urgences et les différentes gardes opérées sur le secteur libéral doit être renforcée.

Elle pourrait s'appuyer sur la création d'une sous commission locale de l'aide médicale d'urgence et de la permanence des soins rattaché au CODAMUPS de Guadeloupe afin de mieux coordonner les propositions et actions locales.

Chapitre IV : Déclinaison territoriale des Schémas d'organisation de la Prévention, de l'offre de soins ambulatoire et hospitalière et des accompagnements médico-sociaux

I - LE SCHEMA D'ORGANISATION DE LA PREVENTION









Objectifs Opérationnels sur la veille sanitaire, l'alerte et l'urgence sanitaire

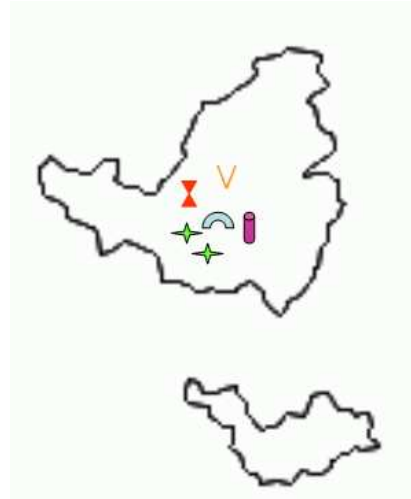
- **Portant sur l'organisation**
 - ✚ Plateforme unique de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires avec un numéro d'appel unique pour les 3 territoires de santé ;
 - ✚ Suivi par la Délégation des signaux sanitaires et des remontées d'informations, s'appuyant sur l'expertise de la plateforme unique, accès aux logiciels VOOZANOO et VOOZALERTE
 - ✚ Astreinte mise en place à la Délégation Territoriale 24h/24h et 7 jours/7, 365 jours par an, Valise d'astreinte + téléphone satellitaire
 - ✚ Intégration au protocole ARS - Préfet en cas de crise sanitaire
 - ✚ Droit d'entrée maintenu sur le site SYNERGY pour le suivi des crises sanitaires

- **Portant sur des objectifs d'amélioration de la surveillance**
 - ✚ Renforcer les signalements dont les Maladies à Déclaration Obligatoire
 - ✚ Mieux mobiliser la Santé scolaire et la Protection Maternelle et Infantile dans la transmission de tout signal sanitaire
 - ✚ Systématiser les retours d'expérience (RETEX)
 - ✚ Communiquer sur les sujets de veille sanitaire (réunion d'informations, publicité...)
 - ✚ Continuer le travail de coopération avec Sint Maarten sur des objectifs communs
 - ✚ Renforcer la coopération transfrontalière relative au contrôle sanitaire aux frontières

Objectifs Opérationnels Promotion et Education pour la Santé

Présentation de l'offre de prévention

	Dépistage VIH-IST (dont TROD)
	Dépistage Audition et Drépano en maternité
	Information et prise en charge des addictions
	Vaccination
	Dépistage des handicaps CMPP
	Dépistage des handicaps CAMSP
	ETP hospitalière pluri pathologie
	Centre périnatal de proximité



Organisation de la Promotion de la Santé pour les deux îles

- ✚ Participation de la Conférence de Territoire de Saint Martin et de Saint Barthélemy aux décisions prises en matière de promotion et d'éducation pour la santé. La conférence est destinataire des documents marquant la réalisation du projet régional de santé. La conférence de territoire rendra compte des modalités de mise en œuvre, de suivi des actions de prévention conduite dans son aire géographique.
- ✚ Possibilité de signer un contrat local de santé visant à réunir les acteurs de la prévention autour d'une thématique commune
- ✚ Déploiement de la prévention prenant appui sur les professionnels libéraux, les établissements publics sanitaires et médico-sociaux ainsi que sur les structures de dépistages ou de vaccination.
- ✚ Renforcement de l'observation et de l'expertise sur les deux îles afin de prioriser les thématiques et les études à réaliser.
- ✚ Recensement exhaustif des actions par le biais du logiciel.
- ✚ Evaluation des actions notamment à travers la mission d'inspection et de contrôle de l'Agence
- ✚ Diffusion aux acteurs de Saint Martin et de Saint Barthélemy des nouveaux référentiels et des guides de bonnes pratiques de l'HAS
- ✚ Désignation et mobilisation de l'ensemble des représentants locaux à l'URPS pour favoriser la participation des professionnels de santé aux actions de prévention et à la déclinaison des formations

(EPU)

- ✚ Organisation annuelle de Journées Prévention à Saint Martin et Saint Barthélemy avec les acteurs locaux de la prévention (actions de prévention, conférence avec les acteurs locaux...)
- ✚ Actions de communication en direction du grand public s'appuyant sur 1 campagne annuelle d'information sur des thématiques, des publications dans la presse locale, des participations à des émissions télé et radio
- ✚ Communications spécifiques aux professionnels de santé et sociaux

Actions ciblées d'éducation pour la santé

- ✚ Lutte contre l'obésité et le surpoids par une surveillance lors du bilan du 24^{ème} mois, lors du bilan PMI à 3-4 ans, lors de la visite d'entrée en sixième, lors de la visite en classe de troisième
- ✚ Organisation de l'articulation de la prise en charge sanitaire des adolescents avec un lieu d'accueil dédié en particulier à la Prévention
- ✚ Accompagnement de la mise en place des tests de dépistages rapides
- ✚ Valorisation et encouragement du travail des médecins traitants sur les dépistages (IRC, VIH, Diabète, IMC, HTA), sur le suivi des carnets de vaccinations, sur le dépistage des cancers du sein et colorectal, sur le dépistage du cancer des femmes de 40 à 50 ans (dépistage non organisé), retour des certificats du 24^{ème} mois.
- ✚ Implication du pharmacien, dans la lutte contre l'obésité et rappel de ses obligations quant à la délivrance de la contraception d'urgence pour les mineures
- ✚ Poursuite des actions dites « recentralisées » : Tuberculose - lèpre - IST - Vaccination en prenant en compte l'évolution des besoins.
- ✚ Renforcement de la prévention des addictions.
- ✚ Amélioration du taux de vaccination (ROR, Coqueluche, DT Polio, Hépatite B, Méningocoque, Papillomavirus...)
- ✚ Développement de la coopération avec Sint Maarten par des campagnes communes de prévention

Objectifs Opérationnels en matière de Santé environnementale :

- ✚ Mise en œuvre des Plans de Surveillance, d'Alerte et de Gestion des Epidémies de Dengue sur les deux îles
- ✚ Obtention des autorisations officielles de fonctionnement des usines d'eau des îles
- ✚ Mesures de Protection des captages
- ✚ Contrôle sanitaire renforcé des hôtels présentant des osmoseurs d'eau
- ✚ Information et prévention sur l'usage des citernes
- ✚ Contrôle des nouvelles piscines collectives
- ✚ Création d'un réseau sentinelle local avec les partenaires de l'environnement (eau, déchets, pollutions de l'air...)

II - LE SCHEMA D'ORGANISATION SANITAIRE [Volets ambulatoire et hospitalier]

Le Schéma d'Organisation sanitaire s'inscrit dans le cadre du schéma général d'Organisation Sanitaire de Guadeloupe, Saint Martin et de Saint Barthélemy.

Le Schéma d'organisation sanitaire pour Saint Martin et Saint Barthélemy reprend les objectifs opérationnels pour les territoires.

Il repose sur deux projets principaux:

- un projet de télémédecine
- un réseau ville hôpital pour le bassin de santé de Saint Martin et Saint Barthélemy

LE SCHEMA D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS : VOLET AMBULATOIRE

La couverture médicale et paramédicale apparaît suffisante pour ce territoire. L'organisation et la mise en œuvre de la permanence des soins ambulatoire sont perfectibles, notamment afin de diminuer les conséquences liées à l'isolement.

Objectif Opérationnel : Recourir à la télémédecine et aux consultations avancées afin de renforcer les avis médicaux spécialisés.

Objectif Opérationnel : Créer des maisons médicales de garde en privilégiant leur implantation au sein des structures hospitalières, en impliquant les partenaires de la permanence des soins.
Les tranches horaires en nuit profonde sont couvertes par les structures d'urgence hospitalières.

Objectif Opérationnel : Conduire une réflexion sur les modalités de renforcement de l'efficacité de la régulation avec le SAMU.

Objectif Opérationnel : Mettre en adéquation les moyens de transport sanitaires à Saint Martin et Saint Barthélemy aux problématiques du territoire (route de circulation unique, service de radiologie de l'hôpital de Saint Martin actuellement à distance) et la coopération envisagée avec Sint Maarten.

Objectif Opérationnel : Garantir l'accès aux soins dentaires en dehors des heures d'ouverture.

LE SCHEMA D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS : VOLET HOSPITALIER

I - LES ENJEUX ORGANISATIONNELS POUR MIEUX STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS

I-1 Les modes de prise en charge substitutifs à l'hospitalisation conventionnelle

I-1-1 La chirurgie ambulatoire

Objectif Opérationnel : Développer la chirurgie ambulatoire à l'hôpital de Saint Martin au profit du bassin de population comprenant Saint Martin et Saint Barthélemy en veillant à la sécurité sanitaire de la prise en charge

I-1-2 La dialyse hors centre

Objectif Opérationnel : Diversifier l'offre de proximité sur les deux îles en veillant à développer la dialyse péritonéale et le suivi hors centre

I-1-3 L'hospitalisation à domicile

Objectif Opérationnel : Mieux définir les besoins réels en HAD et en préciser le périmètre d'intervention et les missions en lien avec les hôpitaux de Saint Martin et de Saint Barthélemy, en partenariat avec le SSIAD de

Bethany Home et le secteur ambulatoire.

I-2 L'articulation entre la ville et les urgences¹²

I-2-1 Les orientations préconisées

Objectif Opérationnel : Elaborer un protocole entre les services des urgences et les médecins généralistes des îles afin d'améliorer la régulation médicale et mieux coordonner la permanence des soins. Prévoir la création de maisons médicales de garde sur chacune des îles. Elaborer un protocole de régulation du SAMU de Guadeloupe localement afin de s'adapter aux territoires.

I-2-2 Les points d'articulation avec la prévention et le médico-social

Objectif Opérationnel : Elaborer un protocole (Service des Urgences, Médecine générale, EHPAD) pour répondre aux besoins urgents des personnes âgées afin d'éviter un transfert inapproprié vers les urgences et apporter la réponse la mieux adaptée

I-3 La permanence des soins en établissements de santé [PDSES]

Objectif Opérationnel : L'hôpital de Saint Martin assure une permanence des soins pour les deux îles en tant qu'établissement de premier recours en bénéficiant de l'appui des CHU de Guadeloupe et de Martinique selon les disciplines.

I-4 La gradation des soins hospitaliers

Objectif Opérationnel : Assurer sur les deux îles une offre de proximité en lien avec la médecine de ville. Veiller à assurer une activité programmée. Les urgences de l'hôpital de Saint Martin pour les deux îles s'appuient sur les plateaux techniques de recours aux Antilles (Guadeloupe, Martinique).

I-5 La biologie médicale

Objectif Opérationnel : Accompagner la réforme de regroupement des laboratoires tout en s'adaptant à l'éloignement des deux îles.

II - LES ENJEUX DE TRANSVERSALITE AFIN D'AMELIORER LE PARCOURS DE SOINS

II-1 Les pathologies du vieillissement dont la maladie d'Alzheimer

Objectif Opérationnel : Développer des consultations mémoires sur les îles le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, des maladies apparentées et des troubles psychiatriques par, par convention avec les équipes spécialisées de Guadeloupe disponibles.

II-2 Les maladies chroniques¹³

Objectif Opérationnel : Renforcer sur les îles les avis spécialisés par le projet de télémédecine (ou de consultations avancées) et développer les actions d'éducation thérapeutique, en mettant une politique d'aide aux aidants, en partenariat avec le secteur médico-social et social.

II -3 Les accidents vasculaires cérébraux

Objectif Opérationnel : Développer une filière spécialisée pour la prise en charge des AVC avec un établissement de référence s'appuyant pour les services des urgences des deux îles sur un projet de télé-expertise en partenariat avec la radiologie et la médecine libérale. Prévoir des lits SSR dédiés.

II -4 La prise en charge des addictions

¹² Les indicateurs de suivi : Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU dans les passages aux urgences durant la PDSA.

¹³ Les indicateurs de suivi : nombre de programmes d'éducation thérapeutique autorisés par l'ARS

Objectif opérationnel : Développer l'aval pour les personnes toxicomanes en dédiant des lits de soins de suite et de réadaptation au centre hospitalier de Saint-Martin (partenariats CSAPA/ Hôpital/ Services de psychiatrie et SSR).

LES AXES ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU VOLET DE L'HOSPITALISATION

- ✚ Répondre à la double insularité voire à la triple insularité pour les deux îles
- ✚ Faire face à l'importance des maladies métaboliques (hypertension artérielle, diabète) et leurs complications vasculaires périphériques, rénales ou neurologiques
- ✚ Renforcer l'éducation à la santé et thérapeutique, l'information des patients, les prises en charge en aval et le retour à domicile
- ✚ Développer l'offre de soins en faveur des personnes âgées
- ✚ Recours à un projet de bassin de santé comprenant Saint Martin et Saint Barthélemy s'appuyant sur la télémédecine et les nouveaux systèmes d'information par l'intégration des professionnels de santé au sein d'un réseau ville - hôpital à caractère général, pouvant se connecter aux réseaux spécialisés de Guadeloupe afin de tenir compte du déficit actuel de spécialités médicales sur les territoires
- ✚ Développer des partenariats de coopération hospitalière avec Sint Maarten
- ✚ Faciliter l'accès aux soins pour les patients psychiatriques
- ✚ Améliorer la prise en charge des urgences et la permanence des soins
- ✚ Définir les modalités d'organisation, de concentration et de graduation du plateau technique de l'hôpital de Saint Martin en partenariat avec les CHU de Guadeloupe et de Martinique, et la clinique Choisy pour l'HAD
- ✚ Installer un scanner à Saint Barthélemy

VOLET MEDECINE

Objectifs Opérationnels :

- structurer la médecine polyvalente en tenant compte de l'évolution des besoins de la population (vieillesse, poly pathologies) ;
- Structurer l'organisation graduée et coordonnée de la prise en charge des enfants et adolescents ;
- Diversifier l'offre hospitalière en médecine : Hospitalisation de semaine, Hospitalisation à domicile, hospitalisation de jour, notamment pour les disciplines suivantes : néphrologie, endocrinologie, diabétologie, pneumologie, maladies infectieuses, médecine interne¹⁴ ;
- Conduire la réflexion sur la formalisation des filières d'aval (filiale AVC, gériatrique, obstétrique) et de retour à domicile ;
- Organiser l'articulation de la prise en charge sanitaire des adolescents avec un lieu d'accueil et d'information pour Saint Martin,
- Mettre en place et/ou renforcer l'éducation thérapeutique (HTA, Diabète, Obésité, Asthme, Apnée du sommeil), parce que dénominateur commun de la plupart des spécialités médicales. Son développement nécessite la formation des personnels paramédicaux et la mise à disposition de techniciens non médicaux tels que les diététiciennes indispensables dans certaines disciplines (ex : néphrologie, diabétologie, endocrinologie)

✚ **Centre Hospitalier de Saint Martin** : site de recours se caractérise par l'existence de plateaux techniques spécialisés et diversifiés y compris en équipements et matériels lourds, il constitue une réponse adaptée aux besoins de prise en charge du territoire. L'offre de soins proposée par l'établissement est la suivante :

- Réalisation des Consultations mémoire pour maladies Alzheimer et apparentées ;
- Participation au développement de l'éducation thérapeutique pour certaines disciplines et spécialités ;
- Implication dans la prévention secondaire ;
- Recours à la médecine polyvalente pour le diagnostic et l'orientation ;
- Prise en charge de certaines pathologies de la sphère de la gastroentérologie (explorations endoscopiques) ;
- Suivi et accompagnement des malades du VIH ;
- Pratique de la **cardiologie (explorations cardiovasculaires et rééducation)**, L'endocrinologie, la diabétologie ainsi que L'hémodialyse ;
- positionnement comme site avancé de prise en charge des maladies rares - drépanocytose ;
- Mise en œuvre de chimiothérapie ;
- Prise en charge et accompagnement des addictions
- Dispensation de soins palliatifs

✚ **Hôpital de Bruyn** : site de proximité s'inscrit comme réponse élémentaire aux besoins d'hospitalisation du bassin de vie en développant les actions suivantes :

- Développement de l'éducation thérapeutique ;
- Activités de diagnostic pour pathologies courantes ;
- Explorations fonctionnelles ;
- Accueil des urgences de proximité ;
- Consultations avancées par spécialités

VOLET CHIRURGIE

Objectifs Opérationnels pour l'hôpital de Saint Martin

- Réduire les inégalités d'accès aux soins chirurgicaux programmés par le développement du plateau technique de l'hôpital de Saint Martin avec l'appui du CHU de Guadeloupe et du CHU de Martinique, en utilisant éventuellement la télé-médecine
- Mettre en œuvre la télé-médecine (téléconsultation, télé expertise...) et des consultations spécialisées avancées pour les disciplines absentes de ce territoire au profit de la population du bassin de santé de Saint Martin et Saint Barthélemy

¹⁴ Ces disciplines sont considérées prioritaires en raison de leur prévalence, leurs conséquences médico-économiques et leur tronc commun d'examen obligatoires (bilan cardiologique, ophtalmologique, imagerie écho-doppler)

- Développer la chirurgie générale et digestive dans le cadre d'une coopération inter établissements
- Développer la chirurgie urologique en ambulatoire et/ou hospitalisations programmées
- Développer la chirurgie ambulatoire : endoscopies urologiques, lithotrities extracorporelles, chirurgie scrotale, explorations diagnostiques
- Maintenir une chirurgie pédiatrique programmée pour les enfants au-dessus de 3 ans avec un plateau technique adapté
- Mettre en place des consultations avancées et de la chirurgie programmée à Saint Martin avec l'appui du CHU/ Pôle Chirurgical ORL de référence
- Chirurgie vasculaire et endovasculaire : chirurgie polyvalente et non vasculaire effectuée par des chirurgiens polyvalents ou à orientation vasculaire - centre de référence : CHU de Guadeloupe
- Chirurgie thoracique : niveau de référence régional (CHU, en coopération avec la Martinique) : effectivité de la filière d'aval pour les hôpitaux de Saint Martin et de Saint Barthélemy (SSR, kinésithérapie respiratoire en ambulatoire)
- Chirurgie ophtalmologique en partenariat avec le secteur libéral : améliorer le dépistage des cataractes, dépistage du glaucome chronique et suivi des diabétiques, développement de la chirurgie ambulatoire, pathologies ophtalmologiques plus lourdes (traumatologie, décollements de rétine, rétine chirurgicale) : secteur public / CHU et CHBT [urgences] / CHU [rétine]
- Chirurgie orthopédique : Hôpital de Saint Martin, Pôle de recours

VOLET PERINATALITE

Objectifs Opérationnels :

- Maintenir une maternité de niveau 2+ au Centre Hospitalier de Saint Martin
- Mettre en œuvre un projet périnatalité local au travers d'un réseau ville-hôpital à caractère généraliste, incluant la Protection Maternelle et Infantile, pour les deux îles
- Connecter ce réseau au réseau périnatalité de Guadeloupe
- Améliorer l'accès aux soins pour les parturientes de Saint Barthélemy

VOLET SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

Objectifs Opérationnels :

- Installer les places en soins de suite et de réadaptation au Centre Hospitalier de Saint Martin pour la réadaptation et la réinsertion
- Développer l'éducation thérapeutique
- Prévoir des lits dédiés aux soins palliatifs
- Disposer de deux lits d'aval pour personnes toxicomanes autour d'un projet avec la psychiatrie et le CSAPA

VOLET HOSPITALISATION A DOMICILE

Objectif Opérationnel : Permettre l'intégration des services HAD sur les deux îles au regard des enjeux et orientations nationales

VOLET URGENCES ET PERMANENCE DES SOINS

Objectifs opérationnels :

- Revisiter la Fédération des Urgences des Iles du Nord - Mettre en place un Groupement de coopération sanitaire pour l'activité des Urgences au sein des hôpitaux des deux îles ;
- Réorganisation du service des urgences de Saint Martin
- Etude de la faisabilité de la création d'un service d'urgence autorisé à l'hôpital de Bruyn dans le

- cadre d'un projet de télémédecine
- Etude de la création d'une antenne de régulation d'appui local au SAMU de Guadeloupe pour s'adapter aux territoires et à leur spécificité
- Mise en place de maisons médicales de garde adaptées sur chacune des îles
- Mise en place de protocoles entre les services des urgences, la médecine générale et le secteur médico-social et de la prévention
- Développement sur les deux îles de télémédecine avec la télé expertise pour les urgences
- Maintien du dispositif aérien local pour les évacuations sanitaires aériennes avec l'agrément de plusieurs appareils afin d'assurer une disponibilité, avec l'appui d'un hélicoptère dédié au CHU pouvant intervenir à Saint Martin et Saint Barthélemy
- Evaluation dans le cadre de la coopération sanitaire avec Sint Maarten de moyens aéroportés dédiés.
- Adosser la radiologie aux structures d'urgences des deux îles
- Améliorer la couverture de soins en matière d'AVC avec la disponibilité d'un hélicoptère du CHU

VOLET REANIMATION, SOINS INTENSIFS, SURVEILLANCE CONTINUE

Objectif Opérationnel : Créer de lits supplémentaires UHCD pour les deux hôpitaux des îles afin d'améliorer la surveillance continue en partenariat et en lien avec le site unique du CHU dédié à la réanimation

VOLET IMAGERIE MEDICALE

Objectifs Opérationnels :

- Installer un scanner à Saint Barthélemy dans le cadre du projet de télémédecine ;
- Négocier le rapatriement sur le site de l'hôpital de Saint Martin du cabinet de radiologie de Concordia ;
- Mettre en œuvre la télémédecine.

VOLET ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

Centres de référence : CHU de Guadeloupe comme pôle régional, CHU de Martinique comme pôle interrégional

VOLET PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

Objectif Opérationnel :

- Ouvrir le nouvel espace dédié à la psychiatrie
- Etudier les possibilités d'ouverture d'un hôpital de jour
- Réorganiser le circuit de l'urgence avec les partenaires impliqués (Justice, Gendarmerie, Service des Urgences...) pour le nouvel espace dédié à la psychiatrie
- Travailler en partenariat avec le secteur médico-social (EHPAD des deux îles, SESSAD)
- Travailler en partenariat avec le secteur social : accueil familial, prises en charges des personnes handicapées psychiques...
- Réserver l'hospitalisation complète aux personnes qui relèvent de cette prise en Charge
- Orienter les personnes sous main de justice vers la Guadeloupe, quand la situation le justifie, faute de prison à Saint Martin

VOLET CANCEROLOGIE

Objectif Opérationnel :

- Mettre en œuvre le suivi par l'hôpital de Saint Martin des chimiothérapies en lien avec les centres de référence en Guadeloupe

VOLET SOINS PALLIATIFS ET DOULEUR

Objectif Opérationnel : Installer les lits SSR dont certains pourront être dédiés aux soins palliatifs

VOLET TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE PAR EPURATION EXTRARENALE

Objectif Opérationnel :

- Adapter l'autorisation de l'AUDRA aux besoins des deux îles
- Organiser la filière de soins pour les greffes vers le CHU de la Guadeloupe

VOLET GREFFES D'ORGANES

Objectif Opérationnel : Intégrer l'organisation inter régionale des greffes d'organes dès sa mise en place.

Annexe du SROS pour Saint Martin et Saint Barthélemy

A l'instar du SROS de 3^{ème} génération, l'Annexe du SROS-PRS 2011-2016 détermine les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoire, activités et équipements lourds. Elle traduit en conséquence l'organisation territoriale et quantitative de l'offre soins en conformité avec les objectifs stratégiques du SROS.

A. Les implantations (autorisées) pour Saint Martin et Saint Barthélemy

INTITULE	SITUATION AU 30 JUIN 2011		
	Référence	Recours	Proximité
Territoire Iles du Nord			
Médecine		1	1
Hospitalisation à Domicile			1
Chirurgie		1	
Obstétrique		1	
Néonatalogie et réanimation néonatale		1	
Surveillance continue			1
SSR			2
Psychiatrie		1	
Accueil et traitement des urgences		1	
Traitement de l'Insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale			1
Scanographe à utilisation médicale		1	
Appareil d'imagerie par résonance magnétique		1	

B. L'Annexe du SROS sur la durée du PRS

Les activités pour le minimum et leur maximum reprennent des chiffres qui comprennent l'ensemble d'aire territoriale couvert par l'Agence : Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy.

▣ Médecine*

Territoire Saint Martin et Saint Barthélemy

Implantations 2

Activité (séjours)¹⁵ **Minimum** **Maximum**

52 000 56 137

▣ Chirurgie*

Territoire Saint Martin et Saint Barthélemy

Implantations 1

Activité (séjours)¹⁶ **Minimum** **Maximum**

20 000 25 364

Dynamiques Territoriales : L'hôpital de Saint Martin assure l'activité de Chirurgie en premier recours pour les deux îles

▣ Périnatalité*

Territoire Saint Martin et Saint Barthélemy

Implantations 1

Niveaux (Nbre) N2+

Dynamiques territoriales :

L'hôpital de Saint Martin assure la couverture pour les deux îles

¹⁵ Les activités pour le minimum et leur maximum reprennent des chiffres qui comprennent l'ensemble d'aire territoriale couvert par l'Agence : Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy.

¹⁶ Les activités pour le minimum et leur maximum reprennent des chiffres qui comprennent l'ensemble d'aire territoriale couvert par l'Agence : Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy.

▣ Activité cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatale*

Territoire Saint Martin et Saint Barthélemy

Implantations 0

Dynamiques territoriales :

*Une implantation à vocation régionale pour la discipline

▣ Urgences

Territoire Saint Martin et Saint Barthélemy

Implantations

SAMU 0

SMUR 1

Structure des urgences
(Pédiatriques) 1

Plateau technique
Spécialisé (gynéco) 0

▣ Réanimation*

Territoire Saint Martin et Saint Barthélemy

Implantations 0

Dynamiques territoriales :

*Un site unique de réanimation pour l'aire territoriale globale de l'Agence après extension de la capacité actuelle du service de réanimation du CHU. Les prises en charge en soins intensifs et surveillance continue feront l'objet de reconnaissance contractuelle (CPOM).

▣ Imagerie médicale et matériels lourds*

Saint Martin et Saint Barthélemy

Implantations

Caméra à scintillation	0
Tomographe à Emission de positons	0
IRM	1
Scanner	1 à 2
Caisson hyperbare	0
Cyclotron à utilisation Médicale	0

Dynamiques territoriales :

Installation d'un scanner à Saint Barthélemy dans le cadre du projet de télémédecine

*Mise à disposition au niveau régional d'un tomographe à émission de positions et un cyclotron dans le cadre d'une coopération interrégionale (SIOS).

▣ Techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale en cardiologie*

Territoire Saint Martin et Saint Barthélemy

Implantations 0

Dynamiques territoriales :

*Une implantation sur l'aire territoriale globale pour les cardiopathies chez l'adulte [actes d'angioplastie coronarienne]. Les actes électro physiologiques de mythologie chez l'adulte de stimulation multi sites et de défibrillation devront être réalisés dans le cadre d'un pôle interrégional de mythologie [Schéma interrégional d'organisation sanitaire].

▣ Hospitalisation à domicile*

Territoire Saint Martin et Saint Barthélemy

Implantations 1
Dynamiques territoriales :

Principe de conventionnement entre ente promoteurs agissant sur des bassins de vie limitrophes.

■ Soins de suite et de réadaptation*

Territoire Saint Martin et Saint Barthélemy

Implantations 2

Activité Hosp. Complète (journées)¹⁷ Minimum Maximum
10 000 11 000

Activités HDJ (journées) 1 200 1 800

Implantations spécialisées à répartir sur l'aire territoriale globale (autorisations)

	Minimum	Maximum
Enfant adolescence	1	1
Appareil locomoteur	4	4
Système nerveux	5	5
Cardio-vasculaire	2	2
Système digestif, Métabolique, Endocrinien	1	3
Affections oncologiques	1	1
Conduites addictives	1	1
Personne âgée, Polypathologique, Dépendante	5	9

Dynamiques territoriales pour les spécialités :

Pour les enfants/adolescents : un site à vocation régionale ou interrégionale.

Pour l'appareil locomoteur : reconduction de l'offre de soins existante avec l'objectif d'une répartition harmonieuse et adéquate de l'offre d'un point de vue territorial ainsi qu'entre les modalités de prise en charge en hospitalisation complète et en ambulatoire.

Système nerveux : forte incidence régionale de l'AVC impliquant une structuration de la filière de prise en charge

Affections cardio-vasculaires : forte incidence régionale des affections cardiovasculaires - besoin de santé important à satisfaire. L'augmentation du nombre de patients doit inciter à l'effectivité de sites de prise en charge en Sud-Basse Terre et sur le territoire Centre. Cette nouvelle implantation en territoire centre permettrait une amélioration de l'accessibilité n'est envisageable que dans un cadre maintenant l'équilibre financier globale de cette prise en charge au niveau territorial.

¹⁷ Les activités pour le minimum et leur maximum reprennent des chiffres qui comprennent l'ensemble d'aire territoriale couvert par l'Agence : Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy.

Système digestif, métabolique et endocrinien : fortes incidences des affections métaboliques et endocriniennes sur le territoire. Du fait de la lourdeur du cahier des charges (plateau technique, locaux, contraintes de fonctionnement) il conviendrait de pouvoir mettre en œuvre au moins une structure de prise en charge. Participation des établissements indifférenciés à la prise en charge des pathologies métaboliques

Affections oncologiques : un site à vocation régionale

Conduites addictives : reconduction de l'existant. Besoins couverts de manière satisfaisante.

Personne âgée : Le développement récent de l'HAD ainsi que le programme annoncé de montée en charge des EHPAD devraient entraîner une diminution du nombre de structures minimales nécessaires (5) ainsi qu'une concentration des capacités d'accueil sur les sites les plus importants. L'objectif prioritaire consiste à structurer la filière de prise en charge (articulation court-séjour/SSR/médico-social).

▣ Cancérologie*

Territoire	Saint Martin et Saint Barthélemy
Médecine nucléaire	0
Radiothérapie	0
Chimiothérapie	0
Chirurgie des cancers :	
Urologie	0
Digestive	0
Mammaire	0
Gynécologie	0
ORL, max-faciale	0
Thoracique	0

Dynamiques territoriales :

*Possibilité pour les sites en situation de double insularité de se positionner au titre d'établissements associés pour la pratique de la chimiothérapie

▣ Soins de longue durée

Territoire	Saint Martin et Saint Barthélemy
Implantations	0

▣ Psychiatrie*

Territoire	Saint Martin et Saint Barthélemy
Implantations	1

Activité (journées) ¹⁸	Minimum	Maximum
	83 400	130 500

*Dynamiques territoriales : distributivité des modalités de prise en charge ci-après à répartir au sein des trois territoires de santé

ADULTES	IMPLANTATIONS		STRUCTURES		JOURNEES	
	MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX
HOSPITALISATION COMPLETE	5	6	10	11	83 400	112 700
					PLACES	
HOSPITALISATION D'URGENCE	2	4	2	4	7	13
HOSPITALISATION DE JOUR	3	4	9	12	130	195
HOSPITALISATION DE NUIT	3	3	7	8	17	32
ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE	3	4	7	8	28	48
APPARTEMENT THERAPEUTIQUE	3	4	7	9	28	49
CENTRE DE POST- CURE	2	3	4	5	21	45

INFANTO-JUVENILE	IMPLANTATIONS		STRUCTURES		JOURNEES	
	MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX
HOSPITALISATION COMPLETE	2	3	2	3	3 200	6 300
					PLACES	
HOSPITALISATION D'URGENCE : Centre de Crise pour Adolescents	1	1	1	1	8	8
HOSPITALISATION DE JOUR	3	3	4	4	76	90
ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE	3	3	3	4	15	20

Il conviendra au cours des deux premières années du PRS d'élaborer avec les acteurs un projet régional spécifique pour la santé mentale.

■ Insuffisance Rénale Chronique [IRC]

¹⁸ Les activités pour le minimum et leur maximum reprennent des chiffres qui comprennent l'ensemble d'aire territoriale couvert par l'Agence : Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy.

Territoire Saint Martin et Saint Barthélemy

Implantations 1

Dynamiques territoriales :

Technique de dialyse	Territoire Sud Basse terre	Territoire Centre	Territoire Iles du Nord	total
Dialyse en centre	85 - 87	325 à 334	0	410-421
Unité dialyse médicalisée	12 à 15	130	25	167 à 170
Autodialyse	10 à 15	90	12- 14	112 à 119
Dialyse domicile	2	5 - 8	0	7 à 10
Dialyse péritonéale	5	20 à 25	0	25 à 30
Total	114 -124	570-593	37-39	721 -750

L'IR
C
pou

r le territoire des îles du Nord

Au sein de ce territoire un site est autorisé à la prise en charge de cette pathologie. Globalement l'activité réalisée est conforme aux objectifs fixés pour les modalités de prise en charge, à l'exception de la dialyse péritonéale qui doit être développée.

D'une manière générale, le recours à la dialyse à domicile doit être développé au cours des cinq prochaines années. Dans l'intérêt des patients, pour leur éviter des déplacements fréquents, une réflexion doit être conduite sur la dialyse médicalisée pour ce territoire.

■ Greffes d'organes*

Territoire Saint Martin et Saint Barthélemy

Implantations 0

■ Empreintes génétiques à des fins médicales*

Territoire Saint Martin et Saint Barthélemy

Implantations 0

*Activité hyper spécialisée s'effectuant sur un site unique pour l'ensemble du territoire de la Guadeloupe.

LE SCHEMA D'ORGANISATION MEDICO-SOCIAL

Objectif opérationnel : Améliorer l'étude des besoins sur les îles

- ✚ Finaliser une première étude des besoins sur le handicap et les personnes âgées sur les territoires en attendant la mise en place d'une plateforme d'observation médico-sociale chargée de développer des enquêtes, basée en Guadeloupe.
- ✚ Suivi local du nombre d'enfants handicapés scolarisés
- ✚ Etudier le besoin en SSIAD à Saint Barthélemy
- ✚ Etudier le déménagement et l'extension de l'EHPAD Bethany Home en lien avec la collectivité de Saint Martin
- ✚ Etudier la faisabilité d'un Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
- ✚ Réfléchir à la création d'un centre maternel
- ✚ Identifier les centres de référence et les réseaux existants dans la Caraïbe

Objectif Opérationnel : Accompagner sur le champ du soin le schéma territorial de Saint Martin sur le champ médico-social

Le Schéma territorial de Saint Martin évoque :

- des lits Halte Soins
- la création d'un centre maternel
- des actions de prévention des chutes
- un référentiel commun d'évaluation des interventions à domicile.
- la professionnalisation des intervenants à domicile
- le développement de la coordination gérontologique
- le développement d'un réseau ville/ hôpital sur la périnatalité
- favoriser le partenariat avec l'Education nationale autour de la prévention et de la santé
- d'identifier les centres de référence et les réseaux existants
- l'organisation de consultations avancées
- la création d'un CAMSP
- la création d'un centre mémoire
- la création d'une structure d'accueil et de prise en charge des personnes handicapées
- la création d'une nouvelle structure pour personnes âgées
- susciter la mise en réseau des professionnels du secteur sanitaire et social

Objectif Opérationnel : Améliorer l'information et la formation sur les îles sur le handicap et les personnes âgées

- ✚ Mieux informer les familles sur les dispositifs et les prises en charge existantes
- ✚ Favoriser la formation des professionnels de santé en faveur d'une meilleure qualité de la prise en charge

Objectif Opérationnel : Améliorer la coordination des acteurs de santé

- ✚ Associer les collectivités de Saint Martin et de Saint Barthélemy aux appels à projet sur le secteur médico-social
- ✚ Elaborer une convention de partenariat entre le SSIAD, l'HAD et les SAD
- ✚ Développer la contractualisation entre le secteur médico-social, les structures hospitalières et le secteur libéral
- ✚ Mettre en œuvre un référentiel commun d'évaluation des interventions à domicile
- ✚ Assurer la Professionnalisation des intervenants à domicile par l'incitation à la formation et à la VAE
- ✚ Développer la coordination gérontologique
- ✚ Susciter la mise en réseau des professionnels du secteur sanitaire et social

Objectif Opérationnel : Diversifier l'offre de proximité en faveur du maintien à domicile tout en tenant compte de la dépendance et du handicap

- ✚ Développer l'accueil de jour et l'hébergement temporaire pour les personnes âgées à répartir entre les deux îles

- ✚ Ouverture de l'EHPAD de Saint Barthélemy
- ✚ Extension du SSIAD de Saint Martin
- ✚ Renforcement de moyens au SSIAD pour la prise en charge des patients ALZHEIMER
- ✚ Création d'une unité Pôle d'activités et de soins adaptés à l'EHPAD de Saint Martin
- ✚ Etude la création d'une unité Pôle d'activité et de soins adaptés pour l'ouverture de l'EHPAD de Saint Barthélemy
- ✚ Création d'une antenne CAMSP et d'une antenne CMPP sur les îles
- ✚ Création d'une structure innovante et expérimentale, avec la partie néerlandaise, pour la prise en charge des enfants et adultes handicapés, nécessitant une prise en charge en établissement, après étude des besoins

Offre envisagée

Les implantations et les capacités ne sont qu'indicatives. Elles sont donc susceptibles de réévaluation sur la durée du SROMS; la détermination précise des besoins sera nécessaire sur la base d'un faisceau de données à expertiser.

SECTEUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Niveau régional

La mise en place d'une véritable filière gérontologique suppose les éléments suivants :

- ✚ Une plateforme de coordination gérontologique
- ✚ 2 MAIA : 1 dans le territoire Centre et 1 dans le Sud Basse Terre
- ✚ 1 équipe spécialisée Alzheimer (ESA) dans le cadre de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD); l'implantation est à définir.
- ✚ 2 Unités Cognito Comportementales (UCC) : elles ont pour mission d'orienter au mieux les malades atteints de syndromes psychiatriques - dans le territoire Centre et 1 dans le Sud Basse Terre
- ✚ Un établissement de santé support - Coordination médicale de la filière par un gériatre PU-PH:

→Compétence de Professeur Universitaire/ Praticien Hospitalier

→Un service d'urgences (obligatoire en intra ou par conventionnement) avec une unité d'accueil des urgences gériatriques dédiée à identifier

→Un service de court séjour gériatrique (25 places pour 1000 habitants de + de 75 ans) à identifier (obligatoire en intra).

→Un service de moyen séjour : SSR gériatrique (facultatif en intra ou par conventionnement).

→ne équipe mobile de gériatrie à créer (obligatoire en intra).

→Une consultation gériatrique - hospitalisation de jour gériatrique à créer (au moins 120 journées d'hospitalisation de jour pour 1000 habitants de plus de 75 ans) / La Consultation Mémoire y est intégrée (obligatoire en intra).

Territoire de Santé de Saint Martin et Saint Barthélemy

Prise en charge de proximité à domicile

→ Hospitalisation à domicile

→ Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et structures de répit:

Implantation

	Minimum	Maximum
Hébergement permanent	01	02
Hébergement temporaire	00	01
Accueil de jour	00	01

Capacité

	Minimum	Maximum
Hébergement permanent	40	60
Hébergement temporaire	00	10
Accueil de jour	00	12

→ Services de Soins Infirmiers A Domicile

Implantation maximum : 01

Capacité maximum : 35

Le besoin en SSIAD à Saint Barthélemy est à expertiser.

→ Alzheimer

Implantation

	Minimum	Maximum
PASA	0	1
UHR	0	0
SSIAD spécialisé Alzheimer	0	1

Capacité

	Minimum	Maximum
PASA	0	12/14
UHR	0	0
SSIAD spécialisé Alzheimer	0	1 seule équipe au niveau de ce territoire

SECTEUR ENFANTS HANDICAPES

Niveau régional

- Une plateforme de coordination du Handicap
- Un centre d'information et de conseil en aides techniques (CICAT)
- Un centre de ressources - « Observatoire des Inadaptations et des handicaps »
- Un Centre de Ressources Autisme (CRA) = accueille et oriente les personnes et leur famille. Il peut aider à la réalisation de bilans et d'évaluations approfondies. Ils participent à la formation et au conseil auprès de l'ensemble des acteurs impliqués dans le diagnostic et la prise en charge de l'autisme et des troubles apparentés.

Il conviendra de clarifier les missions des deux centres de ressources et des modalités possibles de leur coopération. Le rôle des centres de ressources doit être précisé au regard des missions spécifiques de l'ORSAG.

- 1 centre de prise en charge des troubles visuels avec un pôle enfants de 24 places.

	Minimum	Maximum
Implantation	1	1
Capacité	0	24

Territoire de Santé de Saint Martin et Saint Barthélemy

Diagnostic précoce : CAMSP

	Minimum	Maximum
Implantation	0	1 antenne
Capacité	0	05 places (à préciser par étude de besoins)

Prise en charge précoce

Implantation

	Minimum	Maximum
CAMSP	0	1 antenne
CMPP	0	1 antenne
SESSAD/SAIS/SSEFIS	1	1

Capacité

	Minimum	Maximum
CAMSP	0	25
CMPP	0	37
SESSAD	47	47

Post prise en charge précoce

Aucune structure de post prise en charge des handicaps n'existe dans les Iles du Nord. Les besoins et priorités doivent être estimés de manière précise avec la collaboration de l'Education Nationale. L'installation d'une structure innovante « pluri - handicaps » doit être envisagée de manière prioritaire. Par ailleurs, des places dans les ITEP de Guadeloupe pourraient être réservées aux enfants des Iles du Nord dans le cadre de séjours de rupture.

SECTEUR ADULTES HANDICAPES

Niveau régional

- Une plateforme de coordination du Handicap
- Un centre d'information et de conseil en aides techniques (CICAT)
- Un centre de ressources - « Observatoire des Inadaptations et des handicaps »
- Un Centre de Ressources Autisme (CRA) = accueille et oriente les personnes et leur famille. Il peut aider à la réalisation de bilans et d'évaluations approfondies. Ils participent à la formation et au conseil auprès de l'ensemble des acteurs impliqués dans le diagnostic et la prise en charge de l'autisme et des troubles apparentés.

Il conviendra de clarifier les missions des deux centres de ressources et des modalités possibles de leur coopération. Le rôle des centres de ressources doit être précisé au regard des missions spécifiques de l'ORSAG.

- 1 centre de prise en charge des troubles visuels avec un pôle adultes de 11places.

	Minimum	Maximum
Implantation	1	1
Capacité	0	11

- 1 Unité Expérimentale d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle (UEROS) : ce centre de ressources pour les lésés cérébraux et pour les grands traumatisés crâniens a pour objectif d'évaluer les capacités des personnes et leur accompagnement.

- 1 Centre de Rééducation Professionnelle : sa mission consiste à dispenser une formation qualifiante aux personnes handicapées en vue de leur insertion ou réinsertion professionnelle, soit vers le milieu de travail ordinaire, soit vers le milieu protégé.

	Minimum	Maximum
Implantation	1	1
Capacité	30	69

Territoire de Santé de Saint Martin et Saint Barthélemy

Maintien à domicile

-SSIAD

	Minimum	Maximum
Implantation	1	1
Capacité	5	5

-SPASAD

01 structure de ce type pourrait être implantée après étude des besoins avec le Conseil Général en vue de déterminer sa capacité.

-SAMSAH et GEM

Aucune création n'est envisagée.

Placement en institution

L'accueil en institution des personnes handicapées n'est pas assuré sur ce territoire. Les besoins et priorités doivent être évalués de manière précise. L'installation d'une structure innovante pluri handicaps est à prioriser. L'orientation pourrait être de créer 01 structure unique qui accueillerait des usagers relevant du FAM et de la MAS (cible possible : 12 places).

Annexe du SROMS

Synthèse des Principaux axes

AXE 1	Améliorer la connaissance des besoins dans le secteur médico social
Objectif opérationnel 1	Définition d'un outil d'information partagé dans un délai de 02 ans et mise en œuvre dans un délai de 05 ans
Objectif opérationnel 2	Mise à disposition des usagers d'informations lisibles sur les filières de prise en charge et l'offre de santé existantes
Synthèse	Le manque de données statistiques (notamment données d'analyse fines sur les handicaps, déficiences) a été souligné par l'ensemble des acteurs; à savoir des données à destination des décideurs et professionnels mais aussi à destination des usagers qui ne disposent pas d'une visibilité claire des filières de prise en charge. Il est admis qu'un outil régional, type Observatoire, soit constitué. La définition de l'outil devra associer l'ensemble des partenaires concernés (OIH, ORSAG, IREPS, MDPH, ARS...) : un cahier des charges et un calendrier de mise en œuvre devront être définis.

AXE 2	Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap
Objectif opérationnel 3	Prendre en compte la place de l'aidant naturel en l'accompagnant.
Synthèse	Le soutien de l'aidant naturel (famille, amis, voisinage) est essentiel au maintien à domicile. Il permet d'améliorer la qualité de vie des personnes et d'éviter ou retarder l'entrée en établissement.
Objectif opérationnel 4	Favoriser la qualité de la prise en charge à domicile par la formation des professionnels intervenant à domicile
Synthèse	Il s'agit dès de conforter le choix du maintien à domicile en l'organisant au mieux. Cela passe par des professionnels de santé (des services sociaux et médico sociaux mais aussi des libéraux) formés aux spécificités des handicaps et des dépendances liées au vieillissement de façon à ce que les prises en charge soient adaptées et organisées.
Objectif opérationnel 5	Garantir une prise en charge coordonnée et efficiente à domicile
Synthèse	Il s'agit dès lors de conforter le choix du maintien à domicile en veillant à la qualité de la prise en charge qui doit être adaptée au profil de chaque usager et dispensée au meilleur coût. Ainsi les malades devant être pris en charge selon leurs stricts besoins de santé, les services de soins et professionnels libéraux intervenant à domicile doivent intervenir conformément aux textes fixant les compétences respectives de chacun, De même les structures médico-sociales intervenant à domicile doivent évaluer leurs pratiques de manière à améliorer leur prise en charge (évaluation interne / externe)
Objectif opérationnel 6	Développer les structures d'accompagnement à domicile
Synthèse	Le maintien à domicile nécessite de pouvoir accompagner les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie liée au vieillissement grâce aux interventions de services médico-sociaux pour tous les types de handicaps et perte d'autonomie. A ce jour si certains types de déficiences sont couverts par les interventions à domicile, certains ne le sont pas encore ou très insuffisamment. C'est le cas des polyhandicapés et handicap moteur, des autistes, des SESSAD "Pro" dits SAIS, des SSIAD ou SAMSAH pour PH, des TCC pour le secteur du handicap et de la prise en charge des Alzheimer pour les PAD (SSIAD Spécialisé)

AXE 3	Développer l'offre d'accueil et améliorer la qualité de la prise en charge en établissement
Objectif opérationnel 7	Installer les structures d'hébergement autorisées
Synthèse	Le secteur médico-social se caractérise par un taux d'équipement souvent déficitaire par rapport au taux national. Les délais d'installation par rapport à la date des autorisations sont souvent très longs, particulièrement dans le secteur des EHPAD. Afin d'améliorer le taux de couverture régional il s'agit de favoriser en priorité l'installation des projets d'ores et déjà autorisés mais aussi, au vue des études de besoins qui seront effectués, de prévoir des évolutions de l'offre médico-sociale par exemple par transformation (du médico-social vers le médico-social ou du sanitaire vers le médico-social).
Objectif opérationnel 8	Créer et adapter des structures médico-sociales d'hébergement pour répondre à l'évolution des besoins
Synthèse	Au-delà de l'installation des structures déjà autorisées, il importera d'analyser les besoins afin d'adapter au mieux l'offre à planifier : soit grâce à des mesures nouvelles soit par redéploiement de l'existant. Néanmoins, au regard du taux d'équipement, par type de déficience, la problématique des enfants souffrant de TCC, des autistes, des polyhandicapés, des handicapés vieillissants, et celle des PAD ont été d'ores et déjà été mises en exergue, que ce soit en structures d'accompagnement à domicile qu'en institution. Afin toutefois de limiter les délais entre les autorisations et installations il est nécessaire de cadrer de manière particulièrement stricte les appels à projets. Enfin dans une dynamique de filière de prise en charge, la problématique de l'insertion en milieu professionnel des personnes handicapées, en milieu ordinaire comme en milieu spécialisé doit être prise en compte.
Objectif opérationnel 9	Promouvoir la qualité et l'efficacité des prises en charge
Synthèse	La prise en charge en établissement doit répondre à des normes de qualité et doit être rendue au meilleur coût. Les structures rendant un service comparable doivent être financées de manière comparable également. Cette comparaison peut être obtenue sur la base des indicateurs médico-sociaux. Par ailleurs des objectifs de convergence tarifaire sont assignés au secteur médico-social tandis qu'une réforme de la tarification se prépare. Les crédits issus de l'ajustement des bases budgétaires des ESMS pourront dès lors être redéployés en faveur de la création de structures ou du renforcement de structures existantes. Par ailleurs, à l'occasion du passage de la procédure d'allocation budgétaire en système "AE/CP" (autorisation d'engagement/crédit de paiement), l'objectif est de faire coïncider au mieux les montants tarifés par l'ARS et les décaissements de l'AM.

AXE 4	Coordonner les acteurs et clarifier les filières de prise en charge
Objectif opérationnel 10	Créer une coordination gérontologique et une coordination dans le secteur du handicap
Synthèse	L'objectif prioritaire de l'organisation de l'offre médico-sociale étant le maintien à domicile, une structuration de la coordination des intervenants est essentielle. Au-delà, les personnes âgées dépendantes et les personnes en situation de handicap, à domicile comme en institution, présentent souvent des poly pathologies ou des pathologies spécifiques complexes à prendre en charge et justifiant une coordination forte des acteurs.