



## AGENCE DE SANTE GUADELOUPE, SAINT-MARTIN, SAINT-BARTHELEMY

### CONFERENCE DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE

### GUADELOUPE, SAINT-MARTIN, SAINT-BARTHELEMY

Gourbeyre, le 20 juin 2020

#### Note

#### à l'attention de Monsieur le ministre des solidarités et de la santé

#### **Objet : Travaux « Ségur de la Santé » conduits par les acteurs de santé de la Guadeloupe et des îles du nord**

L'Archipel guadeloupéen et les îles du nord sont des territoires remarquables par leur éloignement de la France hexagonale, leur climat tropical, leur épidémiologie, le vieillissement de leur population, leur discontinuité du territoire, leurs risques naturels et leurs difficultés sociales. Ce sont donc des territoires extraordinaires, dans tous les sens du terme, qui doivent à la fois bénéficier des standards de soins communs mais en même temps pouvoir disposer d'importants **leviers d'adaptation à leurs spécificités**.

Ainsi la présente note aborde de manière très synthétique les points spécifiques que les acteurs de santé ont voulu porter à la connaissance du ministère afin qu'il intègre leurs propositions dans les travaux nationaux du Ségur de la santé. La Commission Santé Autonomie de la Guadeloupe et des îles du nord a bien voulu conduire les travaux au niveau régional et le résultat a été particulièrement riche, en dépit du très court délai imparti. Le tableau en annexe regroupe les propositions concrètes qui ont été formulées.

Les points d'attention sont les suivants :

#### **Pilier 1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent**

- **La question de la formation depuis ces territoires** : la formation doit être facilitée soit sur place, soit par les moyens modernes, soit en se déplaçant en France hexagonale via des financements dédiés. Un « UFR santé » dans le cadre d'une université de plein exercice permettrait de faciliter l'ancrage professionnel de nos jeunes dans notre territoire, permettrait de relancer une dynamique d'innovations et serait un excellent outil d'influence française dans la zone caraïbe. Concernant la formation continue, des crédits dédiés prenant en compte les contraintes de voyage, de logement ou encore de venue des enseignants

doivent être alloués à la région. La formation à la gestion de crise est notamment un des points qui ressort de retour d'expérience COVID-19.

- **Rendre l'exercice aux Antilles plus attractif, et sur notre territoire en particulier** : ceci à travers des stages, des postes partagés ou des postes en Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy avec garantie de retour si souhaitée. Il est nécessaire d'être cohérents et d'appliquer à tous les professionnels de santé la même indemnité spéciale de vie chère dans tous les territoires ultramarins. D'autres dispositions statutaires pourraient être examinées telles que la question des droits à retraite majorés alignés sur la fonction publique. Il est aussi nécessaire pour rendre l'exercice plus attractif en Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy de favoriser l'aménagement du territoire et réguler le climat social qui paralyse régulièrement les structures de santé par des grèves.
- **Renforcer le leadership des professionnels de santé dans l'organisation des systèmes de santé** : la crise COVID a été l'occasion de montrer combien l'expertise santé était importante dans les décisions. Ce sont les acteurs de santé qui ont réorganisé les hôpitaux et les cliniques ou qui ont pris des initiatives en termes de prise en charge ou de prévention. L'ARS, composée elle-même de professionnels de santé, a pu les accompagner en échangeant dans une approche métier. Pour l'ARS, en revanche, il a été très difficile, d'une part, de se transformer en organisme de logistique et en arbitre face à des professionnels de santé qui exprimaient des besoins en équipements pour leurs pratiques. Il faut retirer de tout ceci que les professionnels de santé doivent pouvoir préparer la gestion de crise auprès de l'ARS, qui elle-même doit pouvoir avoir des marges de manœuvre en termes d'achats, de commandes locales et de stockage au niveau régional. Au-delà de la crise, le management doit être accompagné d'une vision sanitaire, l'autorité fonctionnelle des chefs de service doit pouvoir être mieux définie et les arbitrages du champ de la santé en général doivent être « médicalisés ».
- **Créer une dynamique pluridisciplinaire de proximité sur un territoire discontinu et parfois difficile d'accès** : la question de la mise en place d'équipes de soins, intégrant les professionnels du domicile, qui peuvent se former le plus librement possible autour du patient est posée. Le cadrage et les conditions de rémunération au forfait en fonction de la typologie d'intervention devront être réalisés de manière la plus déconcentrée possible. La proximité (structures ambulatoires innovantes ou hôpitaux de proximité) doit aussi être au centre de la réorganisation du système de santé sur notre territoire archipélagique où l'océan rend plus difficile l'accès aux soins, tout en restant réaliste évidemment.
- **Poursuivre l'usage de la télémédecine dans la pratique pour faire face à l'isolement géographique** : la crise COVID a été l'occasion d'accélérer très fortement la télémédecine (téléconsultation, télésoins, télésuivi). Il est donc très important de poursuivre ce déploiement en pérennisant les modes de rémunérations mais aussi en assouplissant le cadre en fonction des besoins spécifiques des territoires. A titre d'exemple, les petites îles ne disposent pas toujours de médecin et la télémédecine peut être une solution pour les personnels paramédicaux en leur donnant accès à la télé-expertise et à la pratique d'actes guidés à distance.

## **Pilier 2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins**

- **Mettre en place un dispositif régional d'appui aux investissements immobiliers** : cette entité pourrait être en mesure de réaliser les diagnostics préalables, de conduire toutes les opérations immobilières des établissements ambulatoires, hospitaliers, médico-sociaux. Cette entité devra être composée pour partie de professionnels de santé afin de développer une recherche prospective sur les évolutions des prises en charge cliniques. Une enveloppe financière devra être attribuée au niveau régional et le suivi financier sera réalisé aussi au niveau régional. La crise COVID a été l'occasion de montrer toute

l'importance de disposer de ce type de compétences sur le territoire en raison des nombreux chantiers santé, notamment le nouveau CHU, qui ont été interrompus et des conséquences financières et structurelles que cela génère. C'est d'autant plus vrai qu'il existe un enjeu de structure face au risque sismique sur nos îles.

- **Mettre en place un modèle ultra-marin de financement des établissements sanitaires et médico-sociaux** : concernant les établissements sanitaires, très endettés, il va falloir mettre en place un plan de résorption de la dette sinon ils ne parviendront jamais à s'en sortir étant donné leur passif. Si le modèle T2A est conservé pour tout ou partie, il est important de revoir le coefficient géographique qui s'applique car il n'a pas été révisé objectivement depuis longtemps. Il faut, par ailleurs, prendre en compte leurs surcoûts fixes (charges de maintenance, coût du matériel, coûts d'acheminement des équipements, jours fériés supplémentaires, sur-rémunération, etc) qui ne peuvent être compensés par leur petit niveau d'activité. Une MIG devrait pouvoir être créée sur cette base. Il est important d'intégrer au financement spécifique la question du coût des EVASAN par avion qui ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie quand ce ne sont pas des vols commerciaux. Or ce n'est pas possible sur les liaisons inter-îles. Ce sont des marchés spécifiques très coûteux pour de tout petits hôpitaux. Dans le domaine médico-social, les tarifs de journée sont 2 ou 3 fois supérieurs à la France hexagonale sur un territoire où la précarité est très importante. Cela devient intenable pour les familles mais aussi pour les établissements qui ont de très importants restes à recouvrer.

### **Pilier 3 : Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes**

- **Mettre en place des plateformes d'orientation et de réponse aux questions des usagers** : la crise COVID a généré la mise en place d'une plateforme appelée RIPOSTE COVID-19 qui a regroupé des acteurs pluridisciplinaires sur une même plateforme pour orienter la population, les professionnels de santé et répondre aux questions des usagers. Cette plateforme a été particulièrement appréciée et devrait pouvoir servir de base pour la mise en place d'un SAS (Service d'Accès aux Soins) qui irait au-delà de la question de l'orientation des urgences.
- **Développer des outils de coordination des acteurs au bénéfice des patients** en situation normale comme cela est prévu avec le DAC par exemple ou des outils numériques tels que les SNAC mais aussi en temps de crise tels que les ROR, notamment un ROR ambulatoire qui devrait être plus facile à mettre en place sur de petits territoires. Cet outil a manqué lors de la crise COVID.
- **Améliorer la rapidité des prises en charge** : lors de l'épidémie de COVID, les prises en charges ont parfois paradoxalement été facilitées par l'ouverture de la télémedecine de manière simplifiée, par des modes de rémunérations dérogatoires, etc. La suppression des ententes préalables pourrait aussi être facilitatrice. Inciter les patients à consulter dans leur territoire pour la pérennisation des gardes libérales serait un plus dans les zones sous dotées, clarifier et fluidifier l'organisation des soins non programmés, faciliter les transports publics ou encore les modes de rémunérations pour « aller vers » les patients. En matière de surveillance post-maternité, instaurer une astreinte de régulation par un médecin de PMI pour faciliter la coordination entre la PMI et les hôpitaux.

### **Pilier 4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers**

- **Développer la démocratie sanitaire en situation de crise et dynamiser les partenariats avec les associations et les collectivités** : les situations de crises sont très nombreuses sur ces territoires. Or la population connaît bien les risques liés aux cyclones, aux épidémies, aux risques sismiques, etc. Ils peuvent permettre une meilleure préparation et une meilleure adaptation à leurs besoins. Les

partenariats avec notamment les associations d'usagers sont aussi importants en amont afin notamment de diminuer le stress et les situations post-traumatiques, en étant les vecteurs d'informations validées et d'une communication adaptée. Enfin, les contrats locaux de santé pourraient aussi intégrer la gestion de crise par exemple. Les CCAS ont malheureusement été très absents pendant cette crise.

- **Formaliser un cadre d'emploi des acteurs de santé du territoire dans ces contextes** : les acteurs de santé territoriaux souhaitent s'impliquer dans la gestion de crise. Ils l'ont fait bénévolement pendant le COVID-19, tout particulièrement les psychologues sur la plateforme RIPOSTE, mais il faut pouvoir donner un cadre à ce vivier et les indemniser pour leur participation à l'échelon régional.
- **Développer une responsabilité populationnelle** : les acteurs de santé qui connaissent bien leurs patients pourraient prendre une responsabilité populationnelle dans un territoire donné afin, en cas notamment de crise, de se focaliser sur l'écoute et la prise en charge de ces personnes. Les CPTS ne sont pas encore en place sur les territoires mais deux lettres d'intention ont déjà été recueillies et la démarche est en cours de développement.
- **Mettre en place les parcours en décroissant ville-Hôpital-Médico-social** : la crise COVID a montré toute la difficulté de la sortie de l'hôpital par exemple et toute l'importance du développement d'une dynamique d'innovation dans le champ de la gériatrie. Ceci sur des territoires où le vieillissement de la population est une problématique déjà présente mais qui devrait encore se développer dans les prochaines années. Toutes les initiatives dans le domaine de la gérontologie doivent pouvoir être accompagnées avec une grande flexibilité au niveau local telles que les équipes mobiles de gériatrie, un centre mémoire ressource, etc. Pour cela une dotation FIR évaluée sur la base des spécificités du territoire doit pouvoir être attribuée à l'ARS pour mieux accompagner les projets.

#### En conclusion

Seules les grandes lignes des points les plus saillants ont été décrites dans cette synthèse mais dans le tableau joint, on peut y trouver de nombreuses propositions concrètes que l'ARS souhaiterait accompagner de manière facilitée en lui conférant une marge de manœuvre suffisante financière et de cadrage.

Par ailleurs, les spécificités de l'archipel guadeloupéen et des îles du nord doivent pouvoir être inscrites dans les travaux législatifs lorsque cela sera nécessaire.

Il est vraiment devenu essentiel de dynamiser nos territoires grâce à l'attractivité, aux innovations, à la numérisation, à l'accompagnement de projets mais aussi en corrigeant toutes les erreurs du passé pour mieux repartir vers l'avenir et donner envie aux jeunes de notre territoire de s'investir sur leurs territoires.

# **ANNEXES**

**Annexe 1 – Exemples d’actions par pilier SEGUR de la SANTE**

**Annexe 2 – Liste des instances, experts et organes institutionnels consultés dans le cadre des partages territoriaux – Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy – du SEGUR de la SANTE**

**Annexe 3 – Liste des contributeurs au SEGUR de la SANTE – partages territoriaux de Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy**

## Annexe 1 – Exemples d’actions par pilier SEGUR de la SANTE

<b>Pilier 1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent</b>	
<p><b>4.4 La question de la formation depuis ces territoires</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Créer la faculté de médecine de plein exercice</li> <li>▪ Augmenter le nombre de Diplômes d’Université délivrés par la faculté de médecine des Antilles ou mettre en place de télé-enseignement, E-formation avec d’autres universités</li> <li>▪ Développer l’apprentissage et créer la qualification d’ambulancier de pratique avancée</li> <li>▪ Renforcer l’encadrement médical de la faculté de médecine</li> <li>▪ Augmenter le nombre de contrats CESP</li> <li>▪ Elaborer des protocoles de gestion du risque au quotidien</li> <li>▪ Rendre accessible localement la formation continue pour tous les IDEL sur le territoire (IPA, master, DU, etc..),</li> <li>▪ Mieux financer, déployer et moderniser le dispositif de formation continue (MOOC...)</li> <li>▪ Construire un portail d’information administrative, académique et financière sur les possibilités de carrières</li> </ul>
<p><b>1.2 Rendre l’exercice aux Antilles plus attractif, et sur notre territoire en particulier</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contractualiser pour <b>encourager la mobilité outremer</b> en accordant des facilités pour des praticiens de l’hexagone souhaitant exercer temporairement en Guadeloupe, avec garantie de réaffectation si souhaité.</li> <li>▪ Maintenir pour les ultra-marins le différentiel de rémunération lors de la formation continue ANFH.</li> <li>▪ Accroître les ratios d’encadrement en EHPAD</li> <li>▪ Favoriser et accompagner le travail en temps partagé pour certains métiers en tension (psychologues, ergothérapeutes, par exemple)</li> </ul>
<p><b>1.3 Renforcer le leadership des professionnels de santé dans l’organisation des systèmes de santé</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Développer l’accompagnement psychologique des PS en cas de crise</li> <li>▪ Créer une plateforme territoriale de soutien psychologique aux professionnels, accès libre et non facturé à l’utilisateur.</li> <li>▪ Pré-positionner des stocks plus importants de matériel au niveau régional</li> <li>▪ Rendre obligatoire la constitution de stocks d’EPI dans les ESMS</li> </ul>
<p><b>1.4 Créer une dynamique pluridisciplinaire de proximité sur un territoire discontinu et parfois difficile d’accès</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etendre le champ de prescription des infirmiers (exemple : masques, antalgiques palier 1, actes relevant du rôle propre de l’infirmier, ...)</li> <li>▪ Impliquer les IDE dans tous les projets de regroupements pluri professionnels dès leur construction</li> <li>▪ Ouvrir la prescription de la vaccination et des dépistages (mammographies, frottis, TROD, PCR...) à l’IPA</li> <li>▪ Autoriser l’IPA à intervenir en première intention dès lors qu’il est intégré dans une équipe avec un ou des médecins ; cette crise a fait fi de cette interdiction pour une plus grande réactivité des équipes.</li> <li>▪ Préciser le rôle des collectivités territoriales dans la gestion de crise</li> <li>▪ Organiser une permanence sociale pour les ouvertures de droits réglementaires à Saint-Martin</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Associer la collectivité territoriale de Saint-Martin au comité de pilotage d'entrée de crise, pour définir un plan d'actions en lien avec les associations</li> </ul>
<p><b>1.5 Poursuivre l'usage de la télémédecine dans la pratique pour faire face à l'isolement géographique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autoriser le télésuivi infirmier sans prescription médicale avec le libre choix du soignant à s'organiser en présentiel ou à distance</li> <li>▪ Développer l'interopérabilité de tous les logiciels médicaux, tous les logiciels métiers doivent être hébergés pour être accessibles partout en toute situation</li> </ul>

**Pilier 2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins**

<p><b>2.1 Mettre en place un dispositif régional d'appui aux investissements immobiliers</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifier une entité en capacité d'établir <b>un diagnostic préalable</b> sur l'état de vulnérabilité du bâti des établissements sanitaires et médico sociaux publics et privés en analysant sa capacité à résister et à se prémunir des risques naturels (sismiques, cycloniques, telluriques et volcaniques), son confort d'usage, sa conformité sanitaire, la sécurité incendie, la protection contre les risques de malveillance ou d'attentat, l'accessibilité et l'efficacité technique à travers la capacité du bâti à répondre aux exigences du projet médical. Au regard de ce diagnostic : <b>mettre en place d'un plan territorial pluriannuel de mise en conformité et de maintenance préventive.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cette entité est chargée de la <b>conduite de toutes les opérations immobilières de ces établissements</b> ou structures. Son périmètre d'action intègre toutes dimensions de la conception, la réalisation jusqu'à la maintenance lourde pluriannuelle.</li> <li>- Cette entité possède une véritable <b>compétence technique</b> ainsi que celle de la <b>recherche des fonds</b> comme l'inscription à des plans nationaux de grande envergure (plan séisme etc.)</li> <li>- Elle développe une <b>recherche prospective sur les évolutions des prises en charge cliniques</b>, pour cela cette entité sera médicalisée</li> <li>- <b>Tous les établissements de notre territoire auront recours à cette entité</b> pour leurs projets immobiliers</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Déployer au moins un centre de cures thermales du fait de notre population vieillissante</b>, avec un climat propice à la prise en charge de pathologies rhumatismales. Ce type de projet permettrait également de développer un tourisme thermal.</li> </ul>
<p><b>2.2 Mettre en place un modèle ultra-marin de financement des établissements sanitaires et médico-sociaux</b></p>	<p>En effet les charges sont plus importantes (RH durée de travail, rémunération ..., logistique achat majoré cout du transitaire..., maintenance : matériel non disponible sur place, médicament : transport etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Calculer le surcout spécifique par établissement et le sanctuariser en une dotation plafond.</b></li> <li>▪ <b>Mettre en œuvre un financement forfaitaire au parcours</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prise en compte des pathologies prévalentes de ce territoire.</li> <li>- Boost des actions de prévention par un dispositif de bonus</li> <li>- Liens ville hôpital renforcés</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Mettre en œuvre une tarification unique, un seul financeur pour les ESMS ?</b></li> <li>▪ <b>Concevoir un plan de désendettement spécifique aux établissements ultra marins</b></li> <li>▪ Instaurer une fongibilité des enveloppes libérales, sanitaires, sociales et médico-sociales au plan régional</li> </ul>
<p><b>Autres investissements</b></p>	<p><b>Un plan régional d'investissement numérique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Investir massivement dans les équipements numériques</li> </ul> <p>Up grader les infrastructures pour réduire la fracture numérique : mise à niveau sur 2 ans d'obtention d'un réseau opérationnel sur l'ensemble du</p>



	<p>territoire.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Améliorer l'accessibilité à ce réseau par l'établissement d'un coût moins onéreux sur tout le territoire</li><li>▪ Investir +++ dans les outils numériques pour les professionnels de santé, pour les patients et leurs aidants, par exemple une plateforme numérique de mise en relation des professionnels de santé avec les patients en partenariat avec les établissements de santé afin de mieux coordonner le retour à domicile des patients de manière efficace et sécuriser et en s'assurant de la disponibilité de l'infirmier.</li></ul> <p><b>Les investissements du quotidien (petit matériel, équipement, etc.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pérenniser les filières locales pour fournir les acteurs de proximité en SHA notamment</li><li>• Etudier la possibilité d'une production localement de <u>produits sanitaires</u> (masques, gel hydro-alcoolique, charlottes, etc..).</li></ul>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Pilier 3 : Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes

<b>3. 1 Mettre en place des plates formes de réponse aux questions des usagers</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Reconduire la Plateforme RIPOSTE – numéro unique d’information, d’orientation et de soutien psychologique dont l’organisation et les missions pourraient être reprises à chaque nouvelle crise sanitaire ou catastrophe naturelle</li><li>▪ Adapter les dispositifs d’écoute et de coordination pour avoir des réponses pertinentes, adaptées aux langues usuelles des populations – exemple à Saint-Martin – plateforme SXM O</li></ul>
<b>3. 2 Développer des outils de coordination des acteurs au bénéfice des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Développer une coordination territoriale pharmaceutique efficace et opérationnelle, associant ARS, pharmaciens, et professionnels de santé de ville. Nourrir cette coordination et ce partenariat</li><li>▪ Etudier la faisabilité d’un poste avancé des ambulanciers pour matérialiser le lien physique entre le médecin et le patient, dans une approche augmentée de la mobilité en santé. Si nécessaire en définir le champ d’action d’intervention dans le cadre d’un protocole de coopération ou expérimental (actions de vigilance comme les prises de température, administration de questionnaires de pré-diagnostic COVID, levées de doutes lors d’interventions pour les urgences centre 15). Cela comprend, en complément de l’activité des infirmiers et de HAD, la capacité à faire le lien entre le médecin traitant et ses patients, pour des téléconsultations assistées, pour l’envoi de constantes et des téléconsultations.</li><li>▪ Créer une Brigade COVID par les Infirmiers de ville constituée de volontaires.</li></ul>
<b>3.3 Améliorer la rapidité des prises en charges</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Développer le télésoin en orthophonie</li><li>▪ Développer une solution de géolocalisation pour mieux orienter les patients dans certaines zones et pour créer un dynamisme de réponse à la demande de soins</li><li>▪ Equiper les professionnels avec des matériels de soin connectés afin de produire de la télésurveillance et du télésoin.</li><li>▪ Mettre en place des plans blancs inter-établissements</li><li>▪ Recentrer les interventions de la PMI pendant la surveillance post-maternité sur des situations les plus préoccupantes recelant un risque de danger pour les nourrissons</li></ul>

## Pilier 4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers

<p><b>4. 1 Développer la démocratie sanitaire en situation de crise et dynamiser les partenariats avec les associations et les collectivités</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Clarifier les compétences et mettre en place une meilleure articulation entre les collectivités territoriales, la préfecture et l'ARS pour mieux coordonner la réponse sociale (CCAS, acteurs de l'aide alimentaire ...)</li> <li>▪ Renforcer la participation des élus locaux dans la prise de décisions des politiques de santé</li> <li>▪ Développer une culture territoriale de la gestion de crise qui concerne et implique tous les secteurs impactant la santé (Eaux, Energie, Circulation, carburant, sécurité, etc.).</li> <li>▪ Préserver le choix d'un interlocuteur unique en temps de crise : « La CRAPS pilotée par l'ARS ».</li> <li>▪ Réorganiser la démocratie territoriale de santé : Réduire le nombre d'instances</li> <li>▪ Faciliter l'accès à la messagerie sécurisée commune à tous les PS du département</li> <li>▪ Généraliser l'Inscription des IDEL et autres paramédicaux sur la plateforme INZEE CARE (disponibilité- plage horaire- spécialité – spécificité) – Ce dispositif répertorie les professionnels, les ressources mobilisables.</li> <li>▪ Préparer le retour à domicile de chaque patient hospitalisé</li> <li>▪ Créer une plateforme de mutualisation des expériences, dans le but d'une approche territoriale de la santé</li> </ul>
<p><b>4.3 Développer une responsabilité populationnelle</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Développer et valoriser la concertation au niveau local avec les acteurs territoriaux en favorisant la contractualisation via les CLS</li> <li>▪ Articuler et coordonner les interventions hôpital, secteur libéral, secteur associatif et collectivité de Saint-Martin</li> </ul>
<p><b>4.4 Mettre en place les parcours en décloisonnant ville-Hôpital-Médico-social</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intégrer les EMS dans le domaine d'application des médecins de garde qui pourraient la plupart du temps intervenir par téléconsultation et accès au DMP (nuit-week-end-jours fériés...)</li> <li>▪ Etablir un vrai parcours hôpital-médecin-infirmier pour la prise en charge de ces patients.</li> <li>▪ Pérenniser le soutien des IDEL en secteur médico-social (SSIAD...)</li> <li>▪ Contractualiser les interventions des professionnels de santé associant notamment IDEL, HAD, SSIAD, EHPAD avec application d'honoraires nomenclaturés (NGAP).</li> <li>▪ Clarifier et fluidifier l'organisation des soins non programmés</li> <li>▪ Mieux organiser et sécuriser les soins d'urgence dans les 5 maisons médicales de garde.</li> <li>▪ Favoriser une plus grande implication de la psychiatrie dans les situations d'urgence et mettre en place des dispositifs non mis en place à ce jour : LHSS, LAM, un chez soi d'abord, appartements thérapeutiques, ... des conventions avec la psychiatrie sur les structures existantes comme les pensions de familles et les CHRS</li> <li>▪ Mettre en place des assistants médicaux dans les MMG afin de réaliser des actes paramédicaux lors de l'accueil des usagers (prise de constantes, etc) ce qui libérerait du temps médical au médecin de garde et lui offrirait la possibilité de réaliser des comptes rendus à remettre au médecin traitant de l'utilisateur</li> <li>▪ Renforcer la collaboration avec l'hôpital en vue d'organiser la permanence des soins, désengorger les services d'urgence et favoriser</li> </ul>

	<p>une meilleure prise en charge des urgences vitales</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Fédérer tous les projets au niveau du GRADES.</li><li>▪ Mettre en place une permanence des soins infirmiers afin de renforcer l'efficacité des réponses apportées aux demandes de soins inopinées</li><li>▪ Inclure à minima l'ARS aux Commissions Paritaires Régionales (CPR) de la CGSS en vue de partager les problématiques et autres sujets concernant le territoire et les acteurs de la santé.</li><li>▪ Développer des évènements de rencontre et une plateforme employeurs interdom mais également interbranche à l'échelle du territoire.</li><li>▪ S'assurer de la disponibilité des moyens d'EVASAN (couloir aérien et maritime) inter îles permanent en cas de crise.</li></ul>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## **Annexe 2 – Liste des instances, experts et organes institutionnels consultés dans le cadre des partages territoriaux – Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy – du SEGUR de la SANTE**

### **1. MEMBRES des INSTANCES de DEMOCRATIE SANITAIRE** (*enquête*)

- Membres de la Conférence de la Santé et de l'autonomie Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy
- Membres du Conseil Territorial de Santé de Saint-Martin et Saint-Barthélemy

### **2. ETABLISSEMENTS SANITAIRES et MEDICO-SOCIAUX PUBLICS et PRIVES** (*document numérique de synthèse des contributions – ars971-segur@ars.sante.fr*)

- Centres hospitaliers
- EHPAD
- EPSM
- Cliniques
- SSIAD
- HAD
- SESSAD
- CSAPA
- CMPP
- ESAT
- MAS
- IME
- SAMSAH
- AUDRA

### **3. COLLEGES** (*document numérique de synthèse des contributions – ars971-segur@ars.sante.fr*)

- Collège de Gériatrie
- Collège de pédiatrie
- Collège d'obstétrique
- Département de médecine générale

### **4. REPRESENTANTS des ORGANES INSTITUTIONNELS** (*document numérique de synthèse des contributions – ars971-segur@ars.sante.fr*)

- Doyen de la faculté de médecine
  
- Assurance maladie (CGSS et DRSM)
  
- Collectivités (*enquête et document numérique de synthèse des contributions – ars971-segur@ars.sante.fr*) :
  - Président du Conseil Régional
  - Présidente du Conseil Départemental
  - Président de la Collectivité Territoriale de Saint-Martin

- Président de la Collectivité Territoriale de Saint-Barthélemy
  - Présidents des EPCI de Guadeloupe
  - CCAS
  - Association des Maires de Guadeloupe
- URPS et ordres des différents professionnels de santé :
- Médecins libéraux
  - Infirmiers libéraux
  - Biologistes
  - Masseurs-kinésithérapeutes
  - Pharmaciens
  - Sage-femmes
  - Orthophoniste
  - Pédiatres – podologues
  - Orthoptistes
  - Chirugiens-dentistes
  -
- Ordres des différents professionnels de santé :
- Médecins
  - Infirmiers
  - Masseurs-kinésithérapeutes
  - Pharmaciens
  - Chirugiens-dentistes
- Associations :
- France Assos Santé
  - Association Guadeloupéenne de Soutien aux Personnes Handicapées (AGSPH)
  - Internes
  - Jeunes médecins
  - Psychologues
  - Association Départementale des Gardes et de Urgences et de la Permanence des Soins (ADGUPS)
- Syndicats :
- Transporteurs sanitaires
  - Syndicats représentatifs santé : Masseurs-kinésithérapeutes, Pharmaciens, Infirmiers, établissements
- Réseaux de santé et PTA :
- GIP RASPEG – Groupement d’Intérêt Public –Réseaux et Actions en Santé Publique En Guadeloupe
  - Réseau Karukéra Onco

- Fédérations :
  - hospitalières publiques et privées : FHP, FHFG, FNEHAD, FEHAP
  - des MSP

➤ GRADES

➤ EREGIN

➤ SDIS

## **5. AGENTS et ORGANISATIONS SYNDICALES de l'ARS (*enquête*)**

**Annexe 3 – Liste des contributeurs au SEGUR de la SANTE – partages territoriaux de Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy**

<b>Contributeurs</b>	
<b>CSA</b>	
<b>CTS</b>	
<b>URPS</b>	Médecins Libéraux
	Orthophonistes
	Médecins Kinés
	Pharmaciens
	Infirmiers
<b>Etablissements sanitaires</b>	Clinique des Nouvelles Eaux Marines
	CH Sainte-Marie Marie Galante
<b>EHPAD</b>	EHPAD de Bois Jolan
	EHPAD Kalana
<b>Réseaux</b>	GIP RASPEG – Groupement d’Intérêt Public –Réseaux et Actions en Santé Publique En Guadeloupe
	Karukéra Onco
<b>Conseils de l’Ordre</b>	Conseil de l’Ordre des Infirmiers des Antilles Guyane
<b>Institutionnels</b>	CGSS et DRSM
<b>Collectivités</b>	Présidente du Conseil Départemental
	Président de la Collectivité Territoriale de Saint-Martin
<b>Associations</b>	Association des Psychologues
	Association Guadeloupéenne de soutien aux personnes handicapées
<b>Professionnel de santé</b>	Secteur Libéral
<b>Fédérations</b>	Fédération Nationale des Orthophonistes et Syndicat des Orthophonistes de Guadeloupe
	Fédération Nationale de la Mobilité Sanitaire
	FEHAP
<b>Syndicat</b>	Action Praticiens Hôpital (Dr Michel EYNAUD)
<b>Autres</b>	Centre Basse Vision
<b>Agents et organisations syndicales de l’ARS</b>	