

**Plan Stratégique de Santé  
Guadeloupe, Saint-Barthélemy, Saint Martin**

---

## SOMMAIRE

### 1<sup>ère</sup> partie : Projet Régional de Santé, Plan Stratégique Régional de Santé, Volets sectoriels : les nouveaux outils de planification territoriale en santé / Page 4

#### Chapitre I Le PRS, un outil de planification territoriale pluridimensionnel / Page 5

I - Le Projet Régional de Santé : contexte législatif et réglementaire / Page 5

II - Le Projet Régional de Santé : un cahier des charges national pour les ARS / Page 7

III - Les étapes de la concertation pour l'élaboration du PRS / Page 12

#### Chapitre II : Les territoires de santé, présentation théorique, choix territoriaux de l'Agence de santé / page 15

I - Territoires de santé : définition, finalités / Page 15

II - Choix de découpages des territoires de santé : 3 territoires de santé pour l'Agence de Santé Guadeloupe, Saint-Barthélemy, Saint-Martin / Page 16

### 2<sup>ème</sup> partie : Santé et Territoire(s) / Page 20

#### Chapitre I : Etat des lieux socio-sanitaire au sein des territoires de santé / Page 21

I - Populations et conditions de vie au sein des territoires : les principales indications / Page 21

II - Populations et conditions de vie au sein des territoires : Synthèses et typologies territoriales / Page 24

III - Etat de santé de la population au sein des territoires : les principales indications / Page 28

IV - Etat de santé de la population au sein des territoires : Synthèses et typologies territoriales / Page 32

V - Etat des lieux socio-sanitaire au sein des Territoires de santé : Typologies globales / Page 35

#### 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 / Page 38

I - Etat des lieux dans le domaine de la prévention / Page 38

II - Etat des lieux dans le domaine du soin ambulatoire / Page 52

III - Etat des lieux dans le domaine du soin hospitalier / Page 59

IV - Etat des lieux dans le domaine de la prise en charge de la perte d'autonomie / Page 82

### 3<sup>ème</sup> partie les orientations du Plan Stratégique Régional de Santé / Page 89

#### Chapitre I : Transversalité du PSRS : l'approche par les cinq grands domaines / Page 89

I. Le domaine du Handicap et du Vieillissement / Page 89

II. Le domaine des Risques Sanitaires / Page 91

III. Le domaine de la Périnatalité et de la Petite Enfance / Page 92

IV. Le domaine des Maladies Chroniques / Page 95

V. Le domaine de la Santé Mentale, des Addictions et de la Santé des Jeunes / Page 96

VI. Les cinq grands domaines pour le territoire des îles du Nord / Page 98

**Chapitre II : Organisation des services de santé sur le territoire / Page 108**

I - Principes structurants et organisation des services du secteur de la prévention / Page 108

II - Principes structurants et organisation des services du secteur des soins ambulatoires / Page 112

III- Principes structurants et organisation des services du secteur des soins hospitaliers / Page 114

IV - Principes structurants et organisation des services du secteur médico-social / Page 121

4<sup>ème</sup> partie méthodologie de suivi et d'évaluation du Projet Régional de santé / Page 129

I - Préambule / Page 129

II - Rappel / page 129

III - Le suivi du PRS / Page 129

IV - L'évaluation du PRS / Page 132

V - Méthodologie de mise en œuvre / Page 133

---

 Avant-propos :

La référence territoriale de l'Agence de Santé de Guadeloupe, Saint-Barthélemy et Saint-Martin se substituant au territoire régional, les mentions de projet de santé, du plan stratégique, des schémas de prévention, d'organisation médico-sociale et du programme pluriannuel de gestion du risque, communs à la Guadeloupe, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin<sup>1</sup>, se substituent respectivement aux mentions du projet régional du santé, du plan stratégique régional de santé, des schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale et du programme pluriannuel régional de gestion du risque. Cependant, la plupart des références législatives, réglementaires et techniques renvoyant à la référence régionale les appellations de droit commun seront privilégiées tout au long de la présente rédaction.

Une **annexe technique** complète le présent plan stratégique. Elle sert à présenter des documents, études, cartographies, tableaux permettant d'éclairer, illustrer, approfondir les thématiques abordées. Ces dernières sont recensées, tout au long du présent document, par un **astérisque permettant de recenser les principaux renvois à l'annexe (\*)**. Un sommaire propre à l'annexe facilite par ailleurs sa consultation complémentaire.

## Introduction

---

- Avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS), l'intention du législateur a été de favoriser le développement d'un **outil stratégique unifié, le Projet Régional de Santé (PRS)**, susceptible d'apporter complémentarité, cohérence et efficacité aux interventions tout au long du parcours de santé des usagers. En d'autres termes, il s'agit de mieux lier les approches sectorielles de santé auparavant peu articulées entre elles (*Chapitre I*).
- La loi Hôpital Patient Santé et Territoire fait de l'**approche territoriale** un élément central de la politique de santé. Celle-ci doit permettre l'organisation, avec les acteurs et professionnels de santé, d'une offre de santé (offre sanitaire hospitalière et ambulatoire, offre médico-sociale, offre de prévention et de santé publique) au plus près des populations.

**Les territoires de santé sont l'espace de déclinaison du Projet Régional de Santé (PRS)**. Ils sont le lieu de recherche de cohérence entre d'une part l'attente des usagers, les projets des offreurs de santé, les politiques sectorielles des collectivités et d'autre part le projet régional de santé et les plans nationaux de santé publique (*Chapitre II*).

---

<sup>1</sup> Voir Ordonnance n°2010-331 du 25 mars 2010 portant extension et adaptation aux collectivités régies par l'article 74 de la constitution, à la Nouvelle-Calédonie, aux Terres australes et antarctiques françaises ainsi qu'à la Réunion et à la Guadeloupe de dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. En particulier cf le 4° de l'art L1442-1 du CSP (art 9 ordonnance).

- L'Agence de Santé de Guadeloupe, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, à l'instar de chaque ARS, devra au moyen du PRS promouvoir à l'échelle territoriale un **modèle de santé pluridimensionnel**, portant les ressources de :

→ **Transversalité** : il s'agira de rechercher la cohérence dans le parcours de santé des personnes, développer des coopérations transversales entre les secteurs de prise en charge que sont la promotion de la santé, la prévention, les soins ambulatoires, les soins hospitaliers, les prises en charge médico-sociales.

Ces transversalités seront exprimées **en priorité** au travers du **Plan Stratégique Régionale de Santé [PSRS]** du PRS.

Les **schémas spécifiques** correspondront à l'étape nécessaire de mise en œuvre et d'organisation par secteur. Ils préciseront les coopérations et articulations avec les autres schémas et les autres politiques publiques sectorielles.

→ **Intersectorialité** : L'ARS devra favoriser la mise en place de **coopérations avec les politiques des partenaires** (services de l'Etat, collectivités territoriales), en vue d'une approche partagée de la santé voire une intégration dans l'ensemble des politiques régionales, ceci notamment afin de lutter contre les inégalités sociales de santé. Les **commissions de coordination des politiques de santé** placées auprès des ARS (prévention, médico-social) ont été conçues pour faciliter ces articulations (santé scolaire, environnementale, santé au travail, PMI, action sociale, lutte contre les exclusions, logement etc. ...).

- **L'élaboration du PRS est conditionnée :**
  - au respect de contraintes législative et réglementaire (I)
  - au respect d'un cahier des charges national rédactionnel commun aux ARS (II)
  - au principe de concertation régionale auprès d'une pluralité d'acteurs institutionnels (III)

### **I - Le Projet Régional de Santé : contexte législatif et réglementaire**

#### **A. Références juridiques et modalités d'adoption du PRS**

##### **1. Les références juridiques**

- ***Du point de vue du droit commun les références juridiques sont :***
  - La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (voir Article L1434-1 du Code de la santé publique)
  - Le décret n°2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé\*
- ***Du point de vue de l'aire territoriale spécifique à la situation de la Guadeloupe, Saint-Barthélemy et Saint-Martin les références juridiques sont :***
  - L'ordonnance n°2010-331 du 25 mars 2010 portant extension et adaptation aux collectivités régies par l'article 74 de la constitution, à la Nouvelle-Calédonie, aux Terres australes et antarctiques françaises ainsi qu'à la Réunion et à la Guadeloupe de dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

- Le décret n° 2010-765 du 7 juillet 2010 portant adaptation des dispositions réglementaires prises pour l'application du titre III du livre IV du code de la santé publique à la Guadeloupe, à la Réunion, à Mayotte, à Saint Barthélemy, à Saint Martin et à Saint Pierre et Miquelon.

## 2. Les modalités d'adoption du PRS

- Le PRS est arrêté par le DGARS après avis du préfet de région, du représentant de l'Etat dans les collectivités de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin, du conseil régional, du conseil général, des conseils territoriaux de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin, des conseils municipaux, ainsi que de la conférence de la santé et de l'autonomie (délai 6 semaines).
- Le plan stratégique, les schémas régionaux, les programmes de déclinaison peuvent être arrêtés séparément selon la même procédure.
- Le PRS est révisé au moins tous les cinq ans, après évaluation de sa mise en œuvre et de la réalisation des objectifs fixés dans le plan stratégique.

## B. Nomenclatures législative et réglementaire du PRS :

- L'article L1434-1 du Code de la santé publique prévoit que « *le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre* ».
- Selon les termes de l'article L 1434-2 CSP, Le projet régional de santé est constitué :
  - d'un **plan stratégique régional de santé {PSRS}** fixant les orientations et objectifs de santé pour la région
  - de **schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation des soins, d'organisation médico-sociale**
  - de **programmes de déclinaison des schémas spécifiques précités**

### 1. Le plan stratégique régional de santé, PSRS

Le PSRS doit comporter trois parties :

- Une évaluation des besoins de santé
- Une analyse de l'offre de santé pour les 3 domaines des schémas sectoriels
- Des grands objectifs régionaux en matière de :
  - o Prévention
  - o Amélioration de l'accès aux offres de santé
  - o Réduction des inégalités sociales et territoriales de santé
  - o Qualité et efficience des prises en charge
  - o Respect des droits des usagers
  - o Coordination avec les autres politiques de santé

## 2. Le schéma régional de prévention, SRP

Il comporte :

- des actions en matière de promotion de la santé et de prévention
- l'organisation des activités de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires
- les modalités de coopération entre acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de la prévention

## 3. Le schéma régional et interrégional des soins SROS

Il comporte :

- une partie relative au secteur hospitalier
- une partie relative au secteur ambulatoire
- les modalités de coordination et de coopération intersectorielles

## 4. Le schéma régional d'organisation médico-sociale SROMS

Il comporte :

- la prise en compte des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale
- les besoins de prévention du secteur médico-social
- les besoins d'évolution de l'offre médico-sociale
- les modalités de coopération intersectorielles

## 5. Les programmes d'application des schémas

Il s'agit des programmes prévoyant les actions et financements permettant la mise en œuvre du PRS {ex PRIAC, Programme de Gestion du Risque}

## II - Le Projet Régional de Santé : un cahier des charges national pour les ARS

### A. Le contenu des plans stratégiques régionaux de santé (PSRS) : des domaines aux priorités

#### 1. Les grands domaines du PSRS

- L'ensemble des textes et documents de cadrage nationaux ont validé **5 domaines stratégiques pour l'élaboration des PSRS** :
  - **Handicap et vieillissement** : ce domaine concerne la prévention, la prise en charge des soins et l'accompagnement de manière pluridisciplinaire des situations de perte d'autonomie, tout au long de la vie. Les priorités indiquées au niveau national pourront être le droit à une vie la plus proche possible de la population ; l'accès au droit commun pour les personnes (transports, éducation, prévention).
  - **Risques sanitaires** : ce domaine concerne les risques environnementaux, risques infectieux. Il s'agit de disposer d'un réseau d'observation de la santé, développer des procédures de surveillance de l'environnement et des risques infectieux et des protocoles de gestion des crises.
  - **Périnatalité et petite enfance** : ce domaine implique les acteurs majeurs hors ARS (PMI, santé scolaire) et est à articuler avec les questions des handicaps de l'enfant (domaine 1). Les principales priorités pourront intéresser les objectifs en matière de prévention ainsi que d'accès aux soins et aux dispositifs d'accompagnement (notamment des jeunes parents en difficulté sociale).
  - **Maladies chroniques** : ce domaine concerne la prévention, l'amélioration des conditions de prise en charge et d'accompagnement des pathologies ayant la plus forte charge en termes de morbidité.

- **Santé mentale (incluant la souffrance psychique, les domaines des addictions ainsi que celui de la santé des jeunes) :** ce domaine concerne les maladies mentales, la souffrance psychique quelque soit l'âge, les conduites à risques vers les comportements addictifs, l'acquisition de compétences psychosociales des jeunes. Il porte sur l'amélioration de l'accès, la qualité et l'efficacité, l'amélioration et l'adéquation des prises en charge entre les structures sanitaires et médico-sociales
- Ces 5 domaines sont complétés par un objectif transversal majeur : ***l'efficacité du système de santé***. Ils peuvent le cas échéant peuvent faire l'objet de compléments par des domaines d'initiative régionale.

2. Pour chaque domaine, l'ARS définit ses priorités selon la lettre du décret relatif au PRS, c'est-à-dire en matière de :

- ✚ Prévention
- ✚ Amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels de santé et aux services de santé
- ✚ Réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, notamment en matière de soins
- ✚ Qualité et efficacité des prises en charge
- ✚ Respect des droits des usagers
- ✚ Mesures de coordination avec les autres politiques de santé

## B. Elaboration et contenu du PSRS : du diagnostic aux objectifs

### 1. Etape 1 : le diagnostic régional partagé

- Pour chaque domaine, l'ARS et ses partenaires ont réalisé une évaluation des besoins et une analyse de l'offre.
- En s'appuyant sur des **indicateurs**, il s'est agi de soumettre des données objectives aux points de vue des professionnels de santé, des usagers, des élus, des experts.
- Cette phase diagnostic a permis d'aboutir à une liste de besoins de santé, d'actions à mener.

### 2. Etape 2 : la définition des priorités

- Suite au diagnostic, il a été convenu pour chacun des domaines de fixer un **nombre limité de priorités** qui vont aboutir à une concentration de moyens. Cette phase s'est appuyée sur la nécessaire **concertation** avec les acteurs de santé.
- On a pu se concentrer sur les problèmes jugés importants par les acteurs en s'appuyant sur les critères suivants : l'ampleur ou la sévérité du problème ; l'efficacité de la solution proposée ; la capacité à intervenir efficacement ; la faisabilité de la solution.

### 3. Etape 3 : la rédaction des objectifs

- Il s'agit dans le cadre du PSRS de se limiter à un niveau de rédaction général. La rédaction des objectifs opérationnels sera effectuée dans le cadre des schémas sectoriels ou des programmes.
- En d'autres termes, le mode de rédaction des objectifs est le suivant :

- Contenu du PSRS : déclinaison des objectifs généraux (précisent l'intention mais ne dépendent pas du seul PRS)
- Contenu des Schémas spécifiques : déclinaison des objectifs opérationnels

*Fig : Schéma synthétique de la démarche d'élaboration du PSRS*

### C. Le contenu des schémas spécifiques

- **Les contenus des volets sectoriels du PRS ont fait l'objet d'indications nationales** au titre de la loi HPST, au titre du décret du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé, ainsi qu'au titre de guide-type élaborés par les services du ministère de la santé.
- Chaque volet devra veiller à prévoir les **modalités de coopération intersectorielles** avec les autres volets (prévention, soins, médico-social).

#### 1. Le contenu attendu du Schéma Régional de Prévention

- Selon les termes de l'article L1434-5 du Code de la Santé Publique, **le schéma régional de prévention inclut notamment des dispositions relatives à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Il organise, dans le domaine de la santé des personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire.**
- Il devra comporter :
  - Des actions médicales ou non concourant à :
    - la promotion de la santé de l'ensemble de la population
    - la prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques chez des personnes exposées, y compris les actions de vaccination et de dépistage
    - la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment l'éducation thérapeutique
  - Une organisation des activités de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires, en lien avec les autorités, les services ministériels et les agences nationales compétentes.
  - Des orientations permettant d'améliorer, dans chaque territoire de santé, l'offre de services dans le domaine de la prévention individuelle et collective.
  - Les modalités du développement des métiers et des formations nécessaires à l'amélioration de la qualité des actions de prévention.

#### 2. Le contenu attendu du Schéma Régional d'Organisation des Soins

- Selon les termes de l'article L1434-7 et suivants du Code de la Santé Publique, **le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique.**
- Il précise les **adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations**, notamment entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux. Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales.
- Il indique par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice de soins mentionnés aux articles L1411-11 et L1411-12 notamment celle des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.
- Il détermine les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé.

- Il organise la coordination entre les différents services de santé et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé.  
Il fixe en fonction des besoins de la population et par territoire de santé :
  - Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds
  - Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements lourds
  - Les transformations et regroupements d'établissements de santé ainsi que les coopérations entre ces établissements
- Le SROS comportera un **volet ambulatoire** et un **volet hospitalier**. Il devra répondre d'enjeux organisationnels afin de mieux structurer l'offre d'une part ; répondre à des enjeux de transversalité afin d'améliorer le parcours des patients d'autre part.
- La structuration de l'offre passera par le **développement de modes de prise en charge substitutifs**. Il s'agira de l'hospitalisation à domicile, la chirurgie ambulatoire, la dialyse hors centre.
- Il s'agira également de l'**articulation entre la ville et les urgences, la permanence des soins hospitalière, l'organisation de la gradation des plateaux techniques ainsi que celle de la biologie**.
- Le SROS devra comporter une **approche transversale** afin de veiller à l'organisation du parcours de soins intra-établissement, entre la ville et le médico-social.
- Outre les thèmes élaborés en région, les SROS proposeront les domaines stratégiques tels :
  - les pathologies du vieillissement
  - la prise en charge de la chronicité
  - la santé mentale
- Les modalités de coordination ville-hôpital recouvreront les aspects suivants :
  - coordination ville-hôpital pour l'articulation urgences - permanence des soins
  - coordination ville-hôpital pour éviter les hospitalisations
  - coordination ville-hôpital pour anticiper les sorties des patients

### 3. Le contenu attendu du SROMS

- Selon les termes de l'art L1434-12 du Code de la Santé Publique le **schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements médico-sociaux afin de répondre aux besoins de prise en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie**. Il veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale. Il est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie.
- Le schéma régional pour le secteur médico-social concerne une partie population croissante, tant sur le plan démographique que pour des raisons de précarisation d'une partie de la population.
- Il implique une pleine transversalité avec les schémas prévention et soins, les services de proximité (département) ainsi que d'autres politiques publiques (ex éducation nationale, insertion professionnelle).
- Les **principaux objectifs** porteront sur :
  - la réduction des inégalités
  - le recours au droit commun
  - la coordination du parcours des personnes
  - l'optimisation des ressources

### III - Les étapes de la concertation pour l'élaboration du PRS

#### A. Les avis et propositions des instances\*

- L'analyse des différents textes législatifs et réglementaires concernant les instances susceptibles de formuler des avis ou des propositions au cours du processus d'élaboration du PRS, aboutit au recensement suivant.
- Les informations prévisionnelles citées ci-après pourront faire l'objet de modifications selon les indications susceptibles d'être transmises par le niveau national (textes réglementaires, lettre circulaire, cahier des charges) ou les besoins d'ajustements du calendrier régional.

#### **1. Avis**

---

##### **Sur la définition des territoires**

- CSA (article L.1434-16)
- Préfet de région (article L.1434-16)
- le président du conseil général (article L.1434-16)
- les conseils territoriaux de SB/SM (art L11422-5)

##### **Sur le PRS**

- CSA (articles L.1434-3, R.1434-1 et D.1434-32)
- Préfet de région (articles L.1434-3 et R.1434-1)
- Collectivités locales (article L.1434-3) dont :
  - o Conseil régional (article R.1434-1)
  - o Conseil général (article R.1434-1)
  - o Conseils municipaux (article R.1434-1)
  - o Conseils territoriaux SB/SM (article R1442-15)

##### **Sur le PSRS**

- CSA (articles L.1432-4 et D.1434-32 : préparé par la commission permanente)
- Conseil de surveillance (article L.1432-3 I.)

##### **Sur les schémas**

- CSA (article D.1434-32 : pour chacun des schémas, préparé par les commissions spécialisées correspondantes)
- CRSA de chacune des régions concernées sur le SIROS (article R.1434-5)
- CC MS sur le SROMS (article R.1434-6 et article D.1432-9 : « examen » du SROMS)
- Président du conseil général pour le SROMS (article L. 1434-12)
- CT puis CS CSA pour le SROS (article R.6121-2)

##### **Sur les programmes territoriaux et les contrats locaux de santé**

- CT (article R.1434-7)

##### **Sur le PRIAC**

- CC MS (article R.1434-7 et article D.1432-9 : « examen » des programmes découlant du SROMS)

##### **Sur le programme régional de gestion du risque**

- Commission régionale de gestion du risque (article R.1434-13)

## **2. Propositions**

---

### **Sur le PRS**

- CSA (article L.1432-4)
- CT (article L.1434-17)
- CC Prévention (article D.1432-4-1°) et CC MS (article D.1432-9)
- URPS (articles L. 4031-3 et R.4031-2)

### **Sur le PSRS**

- CT (article R.1434-2)

### **Sur les schémas**

- CC Prévention sur le SRP (articles D.1432-4-1° et D.1432-5)
- CC MS sur le SROMS (article D.1432-10)
- URPS sur le SROS (article R.4031-2)

### **Sur le programme régional de gestion du risque**

- CRGDR (article R.1434-12)

## B. Calendrier d'adoption du PRS

Dates max	Instances animées par l'ARS						Autres partenaires institutionnels			
	CSA	CT	CS	CCP	CCMS	CRGDR	Préfet + Préfet délégué	CR+ communes	CG	Coll. SM/SBart
Septembre - Octobre <b>2010</b>	installation		installation							
Octobre	saisine pour avis sur TS						saisine pour avis sur TS		saisine pour avis sur TS	saisine pour avis sur TS
Novembre	avis sur TS					installation	avis sur TS		avis sur TS	avis sur TS
Janvier- Février <b>2011</b>		installation		installation	installation					
Sept-Oct	saisine pour avis sur PSRS	<i>saisine pour avis sur PSRS</i>	saisine pour avis sur PSRS							
Sept-Oct	saisine pour avis sur chacun des 3 schémas			Saisine pour avis sur SRP	saisine pour avis sur SROMS				saisine pour avis sur SROMS	
Nov-déc.	avis sur PSRS - avis sur chacun des schémas	Avis sur PSRS - avis sur SROS	avis sur PSRS	Avis sur SRP	avis sur SROMS				avis sur SROMS	
Mi Oct		saisine pour avis sur programmes territoriaux			saisine pour avis sur PRIAC	saisine pour avis sur PRGDR				
Mi Nov		avis sur programmes territoriaux			avis sur PRIAC	avis sur PRGDR				
Oct	saisine pour avis sur PRS						saisine pour avis sur PRS	saisine pour avis sur PRS	saisine pour avis sur PRS	saisine pour avis sur PRS
Déc	avis sur PRS						avis sur PRS	avis sur PRS	avis sur PRS	avis sur PRS
Mi Décembre <b>2011</b>	adoption PRS									

### I - Territoires de santé : définition, finalités

#### A. Le droit commun : les territoires de santé définis par la loi HPST

- **Art L1434-16 CSP** : « L'Agence Régionale de Santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont **définis après avis du représentant de l'Etat dans la région, d'une part, la conférence régionale de santé et de l'autonomie** d'autre part et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des **présidents des conseils généraux** de la région ».

« Les territoires interrégionaux sont définis conjointement par les agences régionales concernées, après avis du représentant de l'Etat dans chaque région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences des présidents des conseils généraux compétents sur ces territoires. »

- **Art L1434-17 CSP** : « Dans chacun des territoires (...) le Directeur général de l'ARS constitue une conférence de territoire, composée de **représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers du système de santé** ».

« La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique ».

« La conférence de territoire peut faire toute proposition au DGARS sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé ».

#### B. Le droit spécifique : les territoires de santé à l'échelle de l'Agence de Santé de Guadeloupe Saint-Barthélemy Saint-Martin

- Cf. Art L. 1442-5 CSP : Les territoires de santé peuvent recouvrir le ressort territorial de l'agence, lui être inférieur ou lui être supérieur. Ils sont définis après avis des représentants de l'Etat en Guadeloupe, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, de la Conférence de la Santé et de l'Autonomie et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, après avis du président du conseil général de Guadeloupe et des présidents des conseils territoriaux de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin »<sup>2</sup>.

#### C. Finalités et objectifs opérationnels des territoires de santé

- Dans la loi Hôpital Patient Santé et Territoire l'approche territoriale est un élément clef de l'organisation de l'offre de santé. Il s'agit :
- d'indiquer par territoire de santé les besoins :
  - en matière de prévention, dépistage organisé, éducation thérapeutique,

---

<sup>2</sup> Cf. Ordonnance n°2010-331 du 25 mars 2010 portant extension et adaptation aux collectivités régies par l'article 74 de la constitution, à la Nouvelle-Calédonie, aux Terres australes et antarctiques françaises ainsi qu'à la Réunion et à la Guadeloupe de dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

- en implantations pour l'exercice des soins ambulatoire notamment des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie et des réseaux de santé.
- en matière d'implantation des activités de soins et de prise en charge médico-sociale ;
- de déterminer selon des dispositions prévues par arrêté ministériel, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé
- de fixer par territoire de santé, les objectifs de l'offre de soins par activités et équipements matériels lourds et de l'offre médico-sociale pour les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes confrontées à des difficultés spécifiques c'est à dire les créations et suppressions d'activités, les transformations, regroupements et coopérations entre les établissements de santé, les missions de service public des établissements de santé et autres structures.

## II - Choix de découpages des territoires de santé : 3 territoires de santé pour l'Agence de Santé Guadeloupe, Saint-Barthélemy, Saint-Martin

### A. Le contexte régional : méthodologie ayant contribué à la définition d'hypothèses de découpages territoriaux

En se fondant sur la démarche annoncée par le législateur et tout au long du processus de préfiguration de l'ARS, un groupe de travail a été chargé par le DGARS de travailler sur la question des territoires.

Au moyen d'un diagnostic territorial préalable (territorialisation de données socio-sanitaires), ce dernier a pu mettre à disposition d'un **Comité de Pilotage** des hypothèses de découpages territoriaux.

Deux phases ont jalonné les travaux relatifs aux territoires :

- Une Phase 1<sup>3</sup> consistant à territorialiser des variables ou données socio-sanitaires relevant (ou influençant) le champ de compétences de l'ARS
- Une Phase 2 consistant à proposer des hypothèses de découpages territoriaux découlant de la phase 1

### B. Trois territoires de santé pour l'Agence de santé de Santé Guadeloupe, Saint-Barthélemy, Saint-Martin\*

A l'issue des travaux, trois propositions de territoires de santé ont été soumises par le DGARS à la concertation régionale. A l'issue de cette concertation le DGARS<sup>4</sup> a défini et délimité les territoires de santé comme suit :

- Un territoire de santé dénommé « **Territoire Centre** ». **Ce territoire comprend :**  
Les communes de la Grande-Terre ; pour une partie de la Basse-Terre : les communes de Baie-Mahault, Petit-Bourg, Goyave, Lamentin, Sainte-Rose, Deshaies, Pointe-Noire ; en double insularité : Désirade, Marie-Galante
- Un territoire de santé dénommé « **Territoire Sud Basse-Terre** ». **Ce territoire comprend :**  
Les communes de Capesterre, Trois-Rivières, Vieux-Fort, Gourbeyre, Basse-Terre, Baillif, Saint-Claude, Vieux-habitants, Bouillante ; en double insularité : Les Saintes (Terre-de-Haut, Terre-de-Bas)

<sup>3</sup> Les cartographies mises en exergue par l'Etude ont été principalement Les territoires en santé précédant l'installation de l'ARS, les territoires démographiques en généra, les territoires démographiques des professions de santé, les territoires de recours aux soins (consommations de soins)

<sup>4</sup> Arrêté n°00/2010 du 31 décembre 2010 du DGARS portant définition et découpages des territoires de santé pour la Guadeloupe, Saint-Barthélemy et Saint-Martin

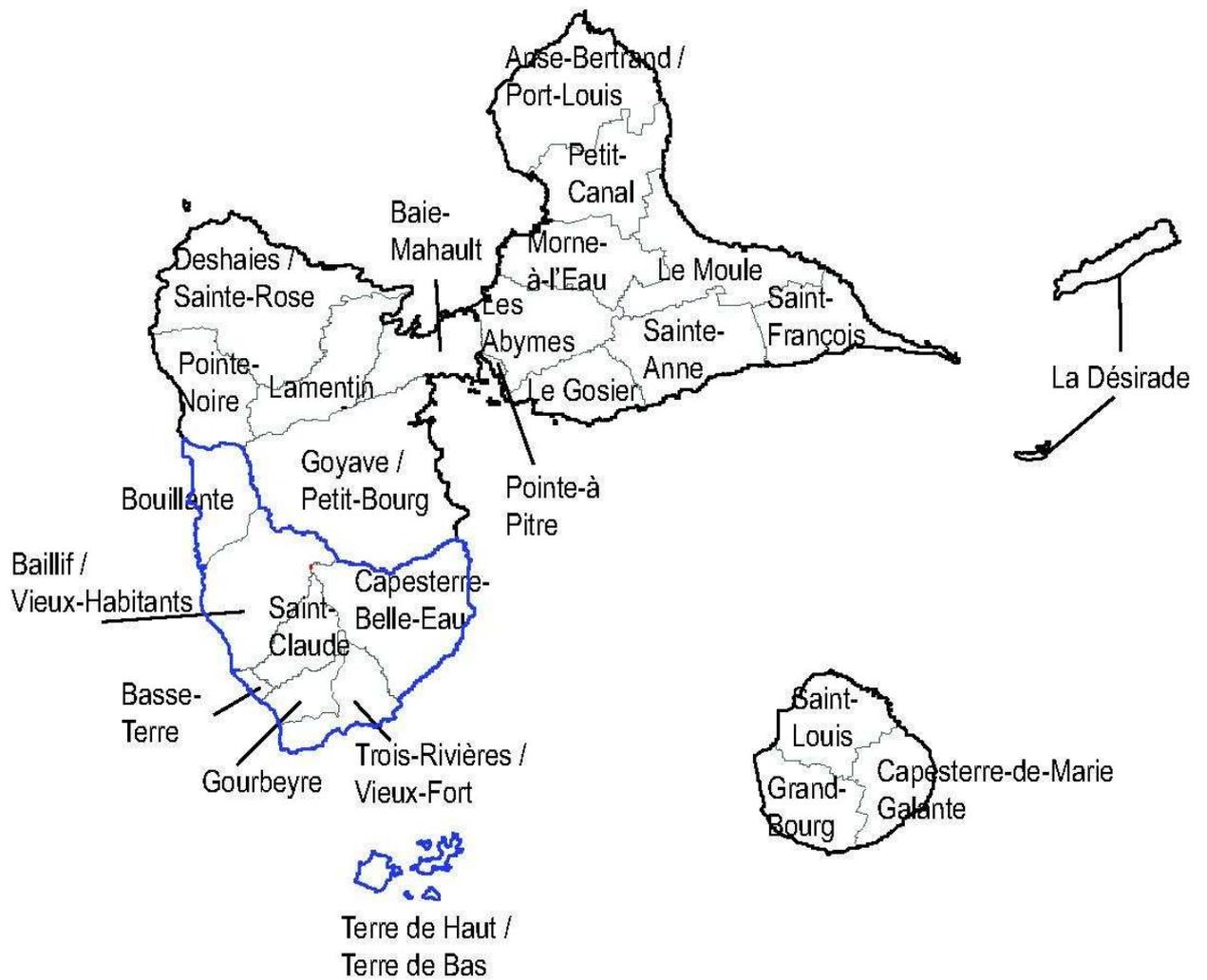
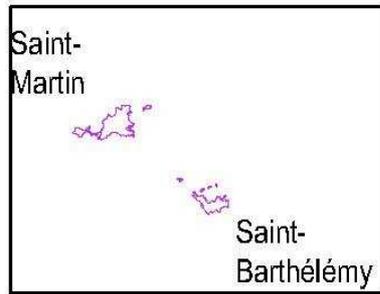
- Un Territoire de santé dénommé «**Territoire des Iles du Nord** » Ce territoire comprend : Les îles de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin.

Ces choix de découpages des territoires de santé, reposent sur une forte légitimité et adhésion des acteurs de la concertation territoriale car :

- Ils prennent en compte la situation statutaire et institutionnelle des collectivités territoriales de **Saint-Barthélemy et Saint-Martin**
- Ils distinguent les zones d'influence de Pointe-à-Pitre et de Basse-Terre : **bipolarisation de l'île autour des 2 grandes agglomérations**
- ils prennent en considération, en termes d'**aménagement du territoire** :
  - o La faiblesse des échanges des populations entre les 2 territoires
  - o L'absence d'équipements sanitaires lourds dans l'Est de la Grande-Terre
- Tout en mettant en évidence un certain déséquilibre (physique) entre les deux territoires, ils reflètent **les dynamiques démographiques, économiques, médico-sociales s'exerçant actuellement en Guadeloupe.**
- **Ils rendent compte des modalités effectives de consommations de soins**
- Excepté la sectorisation psychiatrique, ces découpages sont **cohérents au regard des autres sectorisations actuelles** {ex : hors psychiatrie, l'observation des variables incite à inscrire Pointe-Noire dans le territoire de la Grande-Terre}

Territoires de santé	Communes ou regroupements de communes / Cantons-ou-villes	Communes
Territoire Centre (territoire 1)	Anse-Bertrand/Port-Louis	Anse-Bertrand Port-Louis
	Baie-Mahault	Baie-Mahault
	Capesterre-de-Marie-Galante	Capesterre-de-Marie-Galante
	Deshaies/Sainte-Rose	Deshaies Sainte-Rose
	Goyave/Petit-Bourg	Goyave Petit-Bourg
	Grand-Bourg	Grand-Bourg
	La Désirade	La Désirade
	Lamentin	Lamentin
	Le Gosier	Le Gosier
	Le Moule	Le Moule
	Les Abymes	Les Abymes
	Morne-à-l'Eau	Morne-à-l'Eau
	Petit-Canal	Petit-Canal
	Pointe-à-Pitre	Pointe-à-Pitre
	Pointe-Noire	Pointe-Noire
	Sainte-Anne	Sainte-Anne
	Saint-François	Saint-François
Saint-Louis	Saint-Louis	

Territoire sud Basse-Terre (territoire 2)	Baillif/Vieux-Habitants	Baillif Vieux-Habitants
	Basse-Terre	Basse-Terre
	Bouillante	Bouillante
	Capesterre-Belle-Eau	Capesterre-Belle-Eau
	Gourbeyre	Gourbeyre
	Saint-Claude	Saint-Claude
	Terre-de-Haut/Terre-de-Bas	Terre-de-Bas Terre-de-Haut
	Trois-Rivières/Vieux-Fort	Trois-Rivières Vieux-Fort
Territoire îles du nord (territoire 3)	-	Saint-Barthélemy
	-	Saint-Martin



-  Territoire 1
-  Territoire 2
-  Territoire 3

**Introduction :**

Selon les termes du décret n°2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé, le plan stratégique régional de santé comporte :

1. Une **évaluation des besoins de santé (Chapitre I)** et de leur évolution tenant compte :
  - de la situation démographique
  - de l'état de santé de la population
  - des inégalités sociales et territoriales de santé
  - des données régionales en matière de santé et de handicap
  
2. Une **analyse de l'offre et de son évolution prévisible dans les domaines de la prévention, du soin, de la prise en charge de la perte d'autonomie (Chapitre II)**

L'évaluation des besoins de santé, sur le fondement du contenu cité par le décret du 18 mai 2010, a été principalement mise en évidence dans le cadre d'une étude commandée par l'ARS auprès de l'ORSAG.<sup>5</sup>

56 indicateurs ont permis de mettre en évidence les situations sanitaires et sociales<sup>6</sup> au sein des 3 territoires de santé. 3 thématiques principales, **la population, les conditions de vie, la mortalité**, ont été cartographiées sous la forme d'indicateurs à l'échelle du canton ou de la commune.

---

<sup>5</sup> Voir déterminants et indicateurs de santé en Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy. Cantons, Collectivités d'Outre-mer, territoires de santé, région. Rapport d'étude, janvier 2011. Cette étude a fait l'objet d'une présentation aux instances de concertation placées auprès de l'ARS {Conférences de territoire ; Commissions spécialisées de la CSA}

<sup>6</sup> Cette étude pourra être complétée par les études habituelles de l'INSEE, notamment l'étude co-publiée avec le CESR : Guadeloupe : diagnostics, trajectoires et enjeux, Juillet 2011.

### Introduction\*

Département Français d'Amérique de 1628 km<sup>2</sup>, l'**archipel guadeloupéen** est constitué de la Guadeloupe dite continentale avec Basse-Terre et Grande-Terre, Marie-Galante, Désirade, Terre-de-Haut et Terre-de-Bas.

Avec **32 communes** et **5 niveaux d'intercommunalité**, la région connaît un fort processus d'étalement urbain caractérisé par la présence de zones urbaines, du parc locatif en logements sociaux, de la prédominance de la partie centrale de l'île en équipements et activités. Le réseau routier ainsi que le niveau d'équipements apparaissent satisfaisants. Les **îles du Nord**, situées au centre de l'arc antillais et soumises aux influences anglophones et nord-américaines, sont devenues des collectivités d'outre mer. Ces deux îles se distinguent de la Guadeloupe du point de vue démographique et économique. L'île de Saint-Martin est partagée entre la France et les Pays-Bas.

De façon générale, la population de la Guadeloupe reste jeune en dépit de la réduction de la part des moins de 20 ans (33% en 1999 vs 31% en 2007). Il s'agit de la 3<sup>ème</sup> région la plus jeune de France. Tous les scénarios annoncent le **vieillissement de la population**<sup>7</sup>. A l'**horizon 2040** les seniors devraient représenter 40% de la population, ce qui alignerait le territoire au 3<sup>ème</sup> rang des régions les plus âgées de France.

### I - Populations et conditions de vie au sein des territoires : les principales indications

#### A. Population : densité, tranches d'âges, vieillissement\*

- En **2006**, 400 736 habitants ont été recensés en Guadeloupe, 35 263 à Saint-Martin, 8 256 à Saint-Barthélemy. La **densité est 245,7 habitants par km<sup>2</sup>** versus 111,6 en France hexagonale. Il s'agit de la 5<sup>ème</sup> densité du point de vue national. Le taux d'évolution de la population est de 0,50% de 2001 à 2006 alors qu'il a été de 0,70% en France hexagonale.
- Les communes les moins peuplées sont situées au nord et au centre de la Basse-Terre, le nord de la Grande-Terre ainsi que les îles du sud (excepté les Saintes). Les densités de populations sont élevées à Basse-Terre et Pointe-à-Pitre ainsi que dans les communes voisines. Elles le sont en particulier à Saint-Martin (665,3) et à Saint-Barthélemy (393,1). Le territoire de santé des îles du Nord se distingue par sa forte concentration de population.
- La **tranche d'âge des moins de 25 ans représente 36% de la population** versus 31,2% en France hexagonale (42,4 à Saint-Martin ; 27,6% à Saint-Barthélemy). Au sein de l'aire territoriale globale la part varie de 26,8 à 42,4%. Les communes les plus représentées sont les Abymes, Baie-Mahault, Saint-Martin. Les moins représentées sont les îles du sud, Trois-Rivières, Vieux-Fort.
- Les **personnes âgées de 75 ans ou plus représentent 5,5% de la population** versus 8,3% en France hexagonale (1,6 à Saint-Martin ; 3,7 à Saint-Barthélemy). Il s'agit de la 3<sup>ème</sup> région présentant le pourcentage le moins élevé sur le plan national. Les proportions les plus marquées concernent les communes de la Côte sous le vent, le Nord de la Grande-Terre, Désirade, Marie-Galante, Pointe-à-Pitre. Les moins marquées concernent Baie-Mahault et Saint-Martin. **L'indice de grand vieillissement<sup>8</sup> atteint 48,4%** versus 57,3% pour la France hexagonale (25,4 % à Saint-Martin ; 30,9% à Saint-Barthélemy). Il varie au sein de l'aire territoriale globale de 25,4% à Saint-Martin à 72,1 à Basse-Terre. Il est particulièrement élevé pour les communes de Basse-Terre, Lamentin, Pointe-à-Pitre, Saint-Louis, Grand-Bourg. Il est plus faible pour les communes de Baie-Mahault, Gosier, Saint-François, Désirade, Les Saintes, les îles du Nord.

---

<sup>7</sup> La part des plus de 60 ans augmente régulièrement. Cette tranche évolue de 16,6% en 2006 à 18% en 2008 ; elle devrait dépasser la barre de 30% en 2030

<sup>8</sup> Nombre de personnes âgées de plus de 80 ans pour 100 individus âgés de 65 à 79 ans.

- Selon les estimations de l'INSEE<sup>9</sup>, entre 2007 et 2020 ainsi qu'à l'horizon 2040, l'évolution démographique régionale indiquerait une **stagnation et un vieillissement de la population**. Pour illustration les 60-79 ans estimés à 13,8% en 2007 passeraient à 21,2 en 2020 puis 28% en 2040. Les 80 ans et plus évolueraient de 3,4% à 5,4% puis 12,3%. La part des 75 ans et plus évoluerait de 5,63% à 8,89 puis 19,28% sur la période.

## **B. Taux de natalité et de fécondité\***

- Le **taux de natalité est de 15,5%** versus 13% pour la France hexagonale. Le territoire de santé des Iles du Nord présente une natalité plus importante que les deux autres territoires (22,2 pour le territoire Centre et 15,6 pour le territoire Sud-Basse-Terre). Il est élevé pour les communes de l'est de la Basse-Terre, l'agglomération pointoise, Saint-François. Il est moins marqué pour les communes de Terre de Haut, Terre de Bas, Lamentin, Désirade, Saint-Barthélemy. Le **taux de fécondité des femmes mineures est plus élevé en Guadeloupe**, soit 7,6 naissances vivantes pour 1000 femmes âgées de 12 à 17 ans versus 2 en France hexagonale. On notera que l'ensemble des communes présente des taux supérieurs à la moyenne nationale.

## **C. Isolement et monoparentalité\***

- S'agissant des **personnes adultes isolées, 12,4% des personnes âgées de 25 à 59 ans vivent seules à leur domicile** versus 13,7 en moyenne nationale. Au sein de l'aire territoriale globale les parts varient de 9,3% aux Saintes à 21,7 à Pointe-à-Pitre. Elles sont importantes au sein de l'agglomération pointoise, plus faibles dans les communes de Petit-Canal, Trois-Rivières, Vieux-Fort, Les Saintes. **37% des personnes âgées de 75 ans ou plus vivent seules à domicile** (versus 39% en moyenne nationale). Les communes les plus concernées sont dispersées sur le territoire de la Guadeloupe avec les cas notables de Pointe-à-Pitre et Désirade. Les faibles proportions sont essentiellement situées en Basse-Terre. La part des **familles monoparentales est estimée à 36%** (13,6% en moyenne nationale). Elles représentent **44% des familles ayant des enfants de moins de 25 ans** versus 20,3% en moyenne nationale. Ces valeurs varient fortement au sein de l'aire territoriale globale (14,8% à Saint-Barthélemy versus 63,8 à Pointe-à-Pitre). Elles sont très présentes dans l'ouest de la Basse-Terre, l'ouest de la Grande-Terre, Marie-Galante. Elles sont moins présentes à Désirade, Les Saintes, Saint-Barthélemy.

## **D. Catégories socioprofessionnelles, fragilité professionnelle\***

- S'agissant des catégories socioprofessionnelles, les **ouvriers représentent 18,4%** de la population active occupée (vs 23,4 en moyenne nationale). Il s'agit de la deuxième proportion régionale la moins élevée de France. La majorité des communes présente une faible part d'ouvriers, seules cinq communes affichent une forte présence : Capesterre de Marie-Galante, Désirade, Saint-François, Saint-Martin, Saint-Barthélemy. Les **employés représentent 35,9%** de la population active (vs 28,5 en moyenne nationale). Il s'agit de la part la plus élevée en France. Elle s'étend de 28,9% des actifs occupés au Gosier à 45,3% à Basse-Terre. On relèvera la part d'employés supérieure en Sud Basse-Terre par rapport aux deux autres territoires de santé. Les **cadres supérieurs constituent 9,6%** de la population active (vs 15,5 en moyenne nationale). Six communes se distinguent par leur forte proportion : Gourbeyre, Saint-Claude (proportion plus élevée que le niveau national), Petit-Bourg, Goyave, Baie-Mahault, Gosier. Elle est plus faible pour les communes des Iles du sud, Petit-Canal, Vieux-Habitants, Baillif. La proportion est plus élevée dans le territoire Centre que dans les deux autres territoires de santé.
- En 2006, les **chômeurs<sup>10</sup> représentent 29%** de la population active versus 11,1% en moyenne nationale. Il s'agit du second rang au niveau national. Le taux varie fortement au sein de l'aire territoriale globale : 3,2% à Saint-Barthélemy à 41,7% à Pointe-Noire.

<sup>9</sup> Premiers résultats - INSEE Antilles-Guyane - N°73 - Janvier 2011

<sup>10</sup> Le nombre de demandeurs d'emplois est de 47 870 en 2009. Il a subi une augmentation de 11% entre 2008 et 2009. Il porte essentiellement sur la tranche 25-49 ans (71% en 2009) ainsi que sur les femmes (60% en 2009).

Les zones les plus concernées sont la côte sous le vent, le centre de la Grande-Terre, ainsi que 4 communes situées en Basse-Terre : Pointe-Noire, Bouillante, Basse-Terre, Capesterre-Belle-Eau. Saint-Barthélemy affiche un taux inférieur au niveau national.

L'emploi précaire<sup>11</sup> constitue 26,6% des emplois salariés. La Guadeloupe occupe le 3<sup>ème</sup> rang national avec une importante variabilité entre les communes : 19,1% à Gourbeyre vs 66,2 à Désirade. Outre cette commune, les proportions sont notables en Côte sous le vent, au Nord-Grande-Terre et à Marie-Galante.

La Guadeloupe s'inscrit au 4<sup>ème</sup> rang des régions les plus concernées par l'inactivité<sup>12</sup>. Ce taux est notable pour les communes des îles du Sud, le Nord Grande-Terre. Une moindre exposition concerne le littoral sud de la Grande-Terre, l'est et le sud de la Basse-Terre.

Le rapport de dépendance<sup>13</sup> est proche de la moyenne nationale.

33,1% des enfants de moins de 25 ans vivent au sein d'une famille ne comptant pas d'actif occupé versus 11,1% au niveau national. Il s'agit de la 3<sup>ème</sup> valeur la plus élevée au niveau national.

Avec 23% des guadeloupéens âgés de 20 à 29 ans sortis du système scolaire peu ou pas diplômés, la Guadeloupe s'inscrit au 3<sup>ème</sup> rang national des régions les plus touchés (versus moyenne nationale de 10,2%). On notera que l'ensemble des communes présentent une proportion supérieure à la moyenne hexagonale. Les proportions communales sont très variables : de 11% à Saint-Claude à 39,3 à Désirade.

### E. Revenus, prestations sociales, minima sociaux\*

- Le revenu moyen annuel par foyer fiscal est inférieur à la moyenne nationale, 11 248 euros versus 17 334 euros. Il s'agit du deuxième revenu moyen le moins élevé en France. Il est plus élevé au sein du territoire Centre 11 605 euros vs 10 749 au sein du territoire des îles du Nord, 10 022 au sein du territoire Sud-Basse Terre. La variabilité territoriale est forte : 5 391 euros à Saint Louis vs 24 951 euros à Saint-Barthélemy.

Les revenus bas sont localisés comme suit : Côte sous le vent, Nord-Grande Terre, îles du sud ; les plus importants : Saint-Claude, Petit-Bourg, Goyave, Baie-Mahault, Gosier, Saint-Barthélemy.

72% des foyers ne sont pas imposés<sup>14</sup> sur le revenu versus 45,5% en moyenne nationale ; il s'agit de la 2<sup>ème</sup> proportion la plus élevée de France. Les proportions territoriales sont les suivantes : territoire Centre (71,6%) ; territoire Sud Basse-Terre (73,9%) ; territoire des îles du Nord (73,8%).

- En 2007-2008, on dénombre 64,7 allocataires de prestations sociales et familiales pour 100 ménages versus 41,7 en moyenne nationale. Il s'agit de la 3<sup>ème</sup> valeur régionale en France. Les valeurs les plus élevées sont : Pointe-Noire, Bouillante, Basse-Terre, Saint-François, Moule, Abymes, Pointe-à-Pitre ; les plus faibles sont situées à Marie-Galante. Par territoire on recense 65% au Centre versus 62% au Sud Basse-Terre.

Sur la même période, 60% des allocataires disposent de ressources constituées majoritairement de prestations sociales (versus 27,2% en moyenne nationale). Il s'agit du 2<sup>ème</sup> rang au niveau national. On notera que l'ensemble des communes présente un niveau de dépendance supérieur au niveau national. Il est marqué en Côte sous le vent, au Nord Grande-Terre, à Marie-Galante et tout particulièrement à Pointe-Noire, Bouillante, Basse-Terre, Capesterre-Belle-Eau, Pointe-à-Pitre. Il est moins marqué à Baie-Mahault et aux Saintes.

La proportion d'allocataires du RMI (14%) est élevée par rapport à la moyenne nationale (3%). On notera que l'ensemble des communes présentent des taux supérieurs à la moyenne nationale, en particulier s'agissant de la Côte sous le vent et le centre de la Grande-Terre (axe Pointe-à-Pitre / Moule).

17,8% des familles monoparentales ayant des enfants de moins de 25 ans sont bénéficiaires de l'allocation parent isolé<sup>15</sup> (versus 9,8% en moyenne nationale). Il s'agit de la 3<sup>ème</sup> valeur régionale.

On note également que l'ensemble des communes présentent des taux supérieurs à la moyenne nationale, notamment en ce qui concerne la Côte sous le vent, Pointe-à-Pitre, Capesterre-Belle-Eau, Saint-François, Désirade.

<sup>11</sup> Part des emplois salariés ne correspondant pas un CDI à temps plein.

<sup>12</sup> Taux standardisé pour la tranche 25 à 54 ans de 15,5% versus 10,9% en moyenne nationale.

<sup>13</sup> 54,5 personnes âgées de - de 15 ans et de 65 ans et + pour 100 individus âgés de 15 à 64 ans versus 53,7% en valeur hexagonale.

<sup>14</sup> En 2005 le revenu moyen annuel moyen fiscal non imposé s'élève à 5 151 euros vs 7 196 euros en moyenne nationale.

<sup>15</sup> 5,3 allocataires de l'API sont recensées pour 100 femmes âgées de 15 à 49 ans vs 1,2 en moyenne nationale. Dans ce cas également, l'ensemble des communes présentent des taux plus élevés que la moyenne nationale.

2% des familles ayant des enfants de moins de 25 ans bénéficient de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH, vs 1,8% en moyenne nationale). En termes de comparaison entre territoires de santé, on constate une moyenne de 2,1% au sein du territoire Centre et 1,9% au sein du territoire Sud-Basse-Terre.

Avec un taux de 3,5% d'allocataires de l'allocation adulte handicapé (AAH) la région se situe au 2<sup>ème</sup> rang le plus élevé des régions (2,4% en moyenne nationale). Les proportions les plus élevées se concentrent en Basse-Terre et îles du sud ; les moins élevées au Nord et Est Basse-Terre, le littoral sud Grande-Terre.

## F. Logements et résidences\*

### • Le logement

En 2008, on dénombre **18,6 logements sociaux pour 100 ménages** versus 16,6% en moyenne nationale. La variabilité territoriale est importante : inexistante à Saint-Louis ; 73,4% à Pointe-à-Pitre. Les proportions les plus élevées sont situées dans les communes de l'agglomération ainsi que les communes limitrophes (Lamentin, Petit-Bourg, Goyave). En termes de territoire de santé la densité au Centre atteint 20,7 % versus 10,9% au Sud Basse-Terre.

La **proportion de résidences principales sans confort** est trois fois plus élevée que la moyenne nationale (3,5% versus 1,1%). On notera tout de même la diminution des habitats de fortune qui ne représentent que 5% des résidences principales, soit trois fois moins qu'en 1999<sup>16</sup>. L'indicateur varie fortement au sein de l'aire territoriale globale (1% à Saint-François à 16,5% à Saint-Louis). Le territoire des îles du Nord présente la part la plus élevée (5,5%), le territoire Centre la part la plus faible (3,3%).

**22,9% des ménages sur la période 2007-2008 sont bénéficiaires d'une allocation logement**<sup>17</sup>. Les proportions sont les mêmes en moyenne nationale. Dans ce cas également la variabilité est forte au sein de l'aire territoriale globale.

## II - Populations et conditions de vie au sein des territoires : Synthèses et typologies territoriales

Afin de présenter de façon synthétique l'ensemble des informations mobilisées, l'ensemble des indicateurs a fait l'objet d'un traitement statistique permettant d'identifier trois classes regroupant des communes présentant un profil sociodémographique proche:

- **Classe 1 : Zone en situation sociodémographique moyenne, avec des habitants bénéficiant plus souvent des prestations sociales que le reste de la population guadeloupéenne.**
- **Classe 2 : Zone socialement favorisée, avec un niveau de revenus supérieur au reste de la Guadeloupe, moins de chômage et d'allocataires de prestations sociales.**
- **Classe 3 : Zone en situation sociodémographique plutôt défavorisée par rapport au reste de la Guadeloupe, ayant une population âgée relativement importante, des revenus peu élevés mais une part d'allocataires plus faible.**

### A. Classe 1

**Zone en situation sociodémographique moyenne, avec des habitants bénéficiant plus souvent des prestations sociales que le reste de la population guadeloupéenne.**

- Composée de **14 communes** (ou regroupements de communes), cette classe concentre environ **255 400 habitants**, soit **63,7 %** de la population régionale. Cette classe comprend l'ensemble des

---

<sup>16</sup> Des efforts sont à poursuivre : 2% des logements ne disposent pas de sanitaires, 2% d'électricité, 1% n'ont pas d'eau courante et moins de 1% ne disposent ni d'eau ni d'électricité. Le retard est important pour le tout à l'égout : 74% des logements n'y sont pas connectés.

<sup>17</sup> Aide personnalisée au logement (APL) ; Allocation de logement à caractère social (ALS) ; Allocation de logement à caractère familial (ALF).

communes de Grande-Terre, excepté le Gosier, ainsi que les communes situées sur l'axe-ouest reliant Sainte-Rose à Basse-Terre. Elle compte également Capesterre-Belle-Eau.

- Le taux de chômage ainsi que la proportion d'enfants vivant dans un foyer ne comprenant pas d'actif occupé sont plus importants dans ces communes que dans le reste du territoire.
- La population de ces communes bénéficie fréquemment des prestations sociales et plus particulièrement du revenu minimum d'insertion (RMI), de l'allocation parent isolé (API) et de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). Par ailleurs, les revenus des allocataires de prestations sociales dépendent plus souvent des prestations qu'ailleurs. La présence des jeunes âgés de moins de 25 ans y est plus marquée. Enfin, le taux de naissances vivantes parmi les femmes mineures (12-17 ans) est plus élevé dans ces communes que dans le reste de la Guadeloupe.

## B. Classe 2

Zone socialement favorisée, ayant un niveau de revenu supérieur au reste de la Guadeloupe, moins de chômage et d'allocataires de prestations sociales.

- Composée de 8 communes (ou regroupements de communes), cette classe totalise environ 131 800 habitants, soit un tiers de la population guadeloupéenne. Les communes de cette classe sont situées quasi exclusivement en Basse-Terre, à proximité de la préfecture (Saint-Claude, Gourbeyre, Trois-Rivières/Vieux Fort, les Saintes) et de la sous-préfecture (Baie-Mahault, Lamentin, Goyave/Petit-Bourg). Cette classe comprend une seule commune de Grande-Terre : le Gosier.
- Les communes de cette classe se caractérisent par une faible part de foyers fiscaux non imposés et donc par un revenu moyen par foyer fiscal supérieur à la moyenne guadeloupéenne. La population bénéficie moins souvent des prestations sociales (RMI, API, AAH et AEEH) et les revenus des allocataires dépendent moins des prestations que dans le reste du territoire. Le chômage, l'inactivité ainsi que les emplois précaires y sont moins fréquents qu'ailleurs. C'est également le cas des enfants vivant dans une famille ne comptant pas d'actif occupé. Le rapport de dépendance y est plus faible. Par ailleurs, la part de familles monoparentales et le taux de naissances vivantes parmi les mineures sont moins élevés dans ces communes. Enfin, le taux de jeunes âgés de 20 à 29 ans peu ou pas diplômés est moins important que dans le reste du territoire.

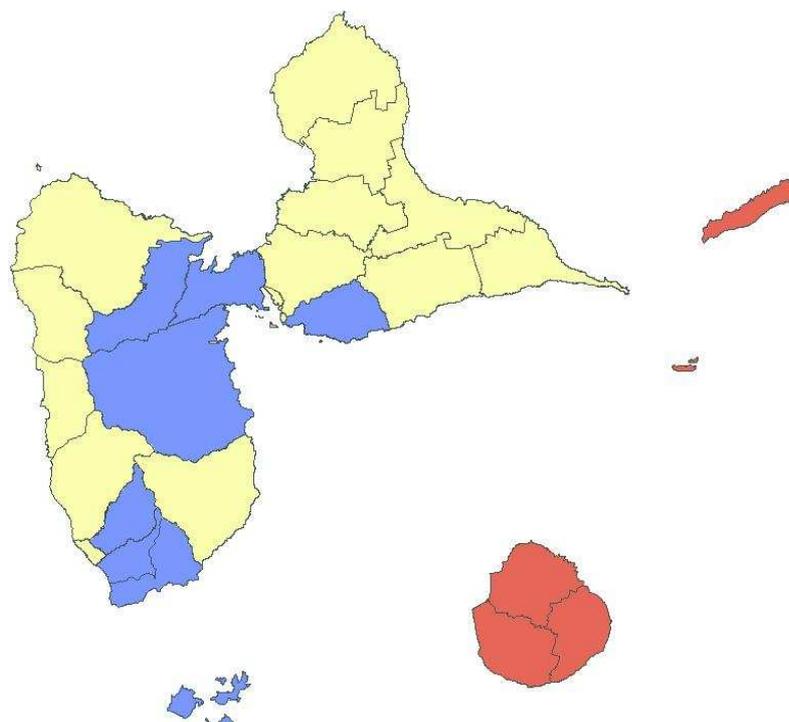
## C. Classe 3

Zone en situation sociodémographique plutôt défavorisée par rapport au reste de la Guadeloupe, ayant une population âgée relativement importante, des revenus peu élevés mais une part d'allocataires plus faible.

- Composée de 4 communes (ou regroupements de communes), cette classe regroupe 13 600 habitants, soit 3,4 % de la population guadeloupéenne. Cette classe compte l'ensemble des communes de Marie-Galante ainsi que La Désirade.
- Les communes composant cette classe se caractérisent par une proportion plus élevée d'adultes vivant seuls, d'ouvriers et d'agriculteurs que dans le reste de la Guadeloupe. La présence des personnes âgées y est plus marquée contrairement à celle des jeunes de moins de 25 ans. Le rapport de dépendance est plus important dans ces communes. La part de foyers fiscaux non imposés y est plus élevée que dans le reste de la région et le revenu moyen par foyer fiscal est donc plus faible. Cependant, la proportion d'allocataires, toutes allocations confondues, y est moins importante. Concernant l'habitat, la part de résidences principales sans confort est

**supérieure à la moyenne régionale** tandis que la proportion de bénéficiaires des diverses « allocations-logement » est inférieure. Enfin, le **taux de jeunes âgés de 20 à 29 ans peu ou pas diplômés y est plus important** que dans le reste du territoire.

## TYPOLOGIE «POPULATION ET CONDITIONS DE VIE»



**Classe 1** Zone en situation socio-démographique moyenne, avec des habitants bénéficiant plus souvent des prestations sociales que le reste de la population guadeloupéenne

**Classe 2** Zone socialement favorisée, avec un niveau de revenus supérieur au reste de la Guadeloupe, moins de chômage et d'allocataires de prestations sociales

**Classe 3** Zone en situation socio-démographique plutôt défavorisée par rapport au reste de la Guadeloupe, ayant une population âgée relativement importante, des revenus peu élevés mais une part d'allocataires plus faible

### III - Etat de santé de la population au sein des territoires : les principales indications<sup>18</sup>

#### Introduction

Les données régionales de l'Assurance-maladie<sup>19</sup> indiquent une représentation très importante des **affections suivantes au titre des ALD** : Hypertension artérielle (1<sup>er</sup> rang national) ; Diabète (2<sup>ème</sup> rang national) ; AVC (2<sup>ème</sup> rang national) ; infection par le VIH (3<sup>ème</sup> rang national); IRC (3<sup>ème</sup> rang national).

Le **taux de mortalité générale** semble stable depuis plusieurs années (6‰ en 2007) tandis que le **taux de mortalité prématurée** ainsi que la **mortalité évitable** apparaissent importants.

Par ordre de priorité, les **causes de mortalité s'inscrivent dans l'ordre du niveau national**. Les maladies cardiovasculaires constituent la 1<sup>ère</sup> cause de décès (29% - Hypertension artérielle, diabète, AVC, IRC) versus 23% pour les tumeurs qui constituent la 2<sup>ème</sup> cause de décès (le cancer de la prostate est le 1<sup>er</sup> cancer chez l'homme ; le cancer du sein le 1<sup>er</sup> chez la femme).

On constate une sous-estimation des problématiques intéressant la santé mentale, une prévalence du surpoids et de l'obésité en constante augmentation, une prévalence notable du VIH<sup>20</sup>.

#### A. Mortalités : mortalité générale, prématurée, maternelle et infantile\*

- Le **taux standardisé de mortalité<sup>21</sup> (générale)** s'élève à **864 décès pour 100 000 habitants** versus 882 en moyenne nationale. Les disparités territoriales sont notables : 751 à Saint-Claude versus 1102 à Grand-Bourg.  
La Basse-Terre semble largement favorisée, tandis que l'essentiel des communes de la Grande-Terre sont en situation de surmortalité, ainsi que les îles du Sud.
- En revanche le **taux de mortalité prématurée (mortalité avant 65 ans)** apparaît important. Sur la période il atteint **260,5 décès pour 100 000 habitants** versus **215,4 en moyenne nationale**. Au sein de l'aire territoriale globale il varie de 188,1 décès à Terre de Haut versus 398,5 à Grand-Bourg. On notera que la carte de la mortalité prématurée est proche de celle de la mortalité générale.  
En 2007, 31% des décès surviennent prématurément. Ils concernent en particulier les hommes (sur 10 personnes décédées 7 sont des hommes). Chez les hommes les causes sont les traumatismes, les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire. Chez les femmes les principales causes sont les cancers du sein et de l'utérus. **Certaines causes apparaissent évitables : par une action sur les facteurs individuels (cancers, maladies infectieuses, alcoolisation, traumatisme) ou par une action sur le système de soins (maladies cardio-vasculaires, mortalité maternelle, tumeurs).**
- La **mortalité maternelle (mort d'une femme survenue au cours de la grossesse ou dans les 40 jours suivant sa terminaison)** est particulièrement élevée dans les DOM, notamment en Guadeloupe. Dans ce dernier cas, le taux est 4 fois plus élevé que la moyenne nationale (38,8% vs 9,6%). On notera l'importance du taux à partir de 25 ans, la proportion des hémorragies du post-partum (20,6%), les causes obstétricales non identifiées, les complications de l'HTA.

☞ **50% des cas des décès ont été jugés évitables<sup>22</sup>.**

- La **mortalité infantile** est significativement plus élevée en Guadeloupe qu'en métropole **sur la période 2000-2008<sup>23</sup>** (1,86 fois celle de l'hexagone). Pour ces 9 années le taux de mortalité infantile est en moyenne de 7,09 pour 1000 naissances vivantes versus 3,82 en métropole. La courbe des décès sur ces 9 ans est très fluctuante en raison du « faible » nombre de décès ; 455 en 9 ans soit en moyenne 50 décès par an. On notera que :

<sup>18</sup> La plupart des indicateurs sont décrits sur la période 2001-2007

<sup>19</sup> Classement des ALD en 2010 / taux standardisé pour 100 000 personnes : Assurance-maladie, service médical.

<sup>20</sup> 2<sup>ème</sup> taux régional le plus élevé de France en 2010.

<sup>21</sup> Le taux est calculé sur la période 2001-2007. Il s'agit du 10<sup>ème</sup> taux le plus bas au niveau national. Sur la période se distinguent les maladies de l'appareil circulatoire (29,3%) et les cancers (22,9%).

<sup>22</sup> BEH du 19 janvier 2011

<sup>23</sup> Rapport intermédiaire du CépiDC-INSERM sur « les caractéristiques de la mortalité infantile dans les départements d'outre-mer comparaison avec les données métropolitaines- Année 2000-2008 »

- 40 % surviennent avant 6 jours de vie (mortalité néonatale précoce)
- 27% entre 7 et 27 jours (mortalité néonatale tardive)
- 34% après 28 jours (mortalité post néonatale)

Pour l'année 2008, le taux est estimé à 6,61‰ versus 3,47‰ en France. Les causes sont à considérer avec précaution en raison du taux notable des symptômes inconnus ou mal définis (10% des cas). Pour la période les principales causes identifiées sont les affections de la période périnatale (59%), les symptômes inconnus ou mal définis (10 %), les morts violentes (2%), les maladies infectieuses (3%).

## **B. Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire\***

- **Ce taux constitue 29% des décès et est proche de la moyenne nationale.** Il s'étend de 221 pour 100 000 à 396,6 sur l'aire territoriale globale. On notera une concentration de la carte de la sous-mortalité dans le centre et le sud Basse-Terre et sur le littoral sud de la Grande-Terre ; trois taux sont plus élevés que la moyenne : Pointe-à-Pitre, Anse-Bertrand, Port-Louis.  
Dans cette rubrique s'agissant de la **mortalité des moins de 65 ans**, le taux est de 46,6 décès pour 100 000 habitants. Il s'agit de la 3<sup>ème</sup> région avec le taux le plus élevé. Au sein de l'aire territoriale globale le taux varie de 12,6 à Terre de Haut à 104,3 à Désirade.  
Les zones de sous-mortalité sont essentiellement situées au centre et sud de la Basse-Terre et le littoral sud de la Grande-Terre.  
Les zones de surmortalité : Pointe-à-Pitre, Anse-Bertrand, Port-Louis, Désirade, Capesterre Marie-Galante, Grand-Bourg, Pointe-Noire, les Abymes.
- **Les maladies vasculaires cérébrales concernent 11% des décès.** Il s'agit du 2<sup>ème</sup> taux au niveau national. Au sein de l'aire territoriale globale le taux varie de 57,4 à 180 à Terre de Haut.  
Les zones de surmortalité concernent l'ensemble des communes du littoral nord de la Guadeloupe (Nord Grande-Terre et Nord Basse-Terre), Pointe-à-Pitre, Trois-Rivières, Vieux-Fort, les îles du Sud. On notera que seule Gourbeyre présente un taux inférieur à la moyenne nationale.
- **Les cardiopathies ischémiques constituent 3,6% de l'ensemble des décès.** Le taux est deux fois moins élevé que la moyenne nationale. On notera que l'ensemble des communes de Guadeloupe présente des taux inférieurs à la moyenne nationale.

## **C. Cancers\***

- Selon les expertises<sup>24</sup> menées la surmortalité par cancer intéresse :
  - Le cancer de la prostate (28,4 pour 100 000 dans les DFA vs 15,1 en moyenne nationale)
  - Le cancer de l'estomac (11,7 vs 6,3 en moyenne nationale)
- **Les cancers représentent 23% de l'ensemble des décès.** Il s'agit du 3<sup>ème</sup> taux le moins élevé à l'échelle nationale. Les communes présentant des taux de surmortalité : les communes de la côte sous le vent, Pointe-à-Pitre, Petit-Canal, Marie-Galante. Celles présentant des taux de sous-mortalité : pour l'essentiel, les communes reliant l'axe Deshaies à Capesterre-Belle-Eau.
- **La mortalité des moins de 65 ans représente le 3<sup>ème</sup> taux le moins élevé de France.** Au sein de l'aire territoriale globale, le taux moyen est de 62,9 décès pour 100 000 habitants. Il varie de 39,5 à Terre de Haut à 86,3 à Grand-Bourg.  
Les zones de surmortalité sont principalement localisées en Grande-Terre (ainsi que l'ensemble des communes de Marie-Galante) ; les zones de sous-mortalité sont pour l'essentiel situées au nord et l'est de la Basse-Terre, le littoral de la Grande-Terre.
- Au titre du **cancer du colon-rectum, la Guadeloupe est moins touchée que la moyenne nationale** (16,2 décès pour 100 000 habitants versus 27,4). Il s'agit de la 3<sup>ème</sup> région la moins concernée. On notera la dispersion des zones de surmortalité sur l'aire territoriale globale (plus élevées en Basse-Terre) : c'est également le cas des zones de sous-mortalité. On notera que l'ensemble des communes de Guadeloupe présentent des taux inférieurs à la moyenne nationale.

<sup>24</sup> INVS, mortalité comparée par cancer aux Antilles et en Métropole entre les années 1983 et 2009, BEH 26 février 2008 N°9 / et Bulletin d'information N°1 du registre des cancers de la Guadeloupe

- La mortalité par cancer du sein représente le 3<sup>ème</sup> niveau le moins élevé de France (24,3 décès pour 100 000 habitants versus 36,2). Elle fluctue fortement au sein de l'aire territoriale globale (taux nul à Désirade versus 37,2 à Basse-Terre). On notera une large proportion de sous-mortalité en Basse-Terre versus une surmortalité aux Saintes, Sainte-Anne, Gosier, Bouillante, Saint-Claude, Basse-Terre et une seule commune, Basse-Terre, présentant un taux supérieur à la moyenne nationale.
- La mortalité par cancer des voies aéro-digestives supérieures est proche de la moyenne nationale (14,5 décès pour 100 000 habitants versus 16,3). Trois zones de surmortalité se distinguent : la Côte sous le vent, les communes des Abymes et Pointe-à-Pitre, Marie-Galante. Une large zone de sous-mortalité est présente en Grande-Terre sur le littoral sud et au nord.
- S'agissant des cancers de la trachée, des bronches et du poumon, le taux est très inférieur à la moyenne nationale (16,3% décès pour 100 000 habitants versus 45). Il s'agit du 2<sup>ème</sup> taux le moins élevé de France. On notera que les communes présentant des taux élevés présentent le plus souvent des taux importants de mortalité par pathologies liées à l'alcool (Vieux-Habitants, Bouillante).

#### D. Morts violentes\*

- La mortalité par causes extérieures de traumatismes et empoisonnements représentent 8,7% de l'ensemble des décès. Le taux est proche de la valeur moyenne nationale, 65,9 décès pour 100 000 habitants versus 64,1.  
Une zone de surmortalité s'étale sur la frange est de la Grande-Terre, ainsi que Pointe-à-Pitre, Capesterre, Gourbeyre, Marie-Galante.  
La plupart des zones de sous-mortalité sont représentées dans le Sud-ouest de la Basse-Terre.  
En revanche le **taux pour les moins de 65 ans est élevé** (51,2 décès pour 100 000), il s'agit de la 2<sup>ème</sup> région ayant le taux le plus élevé. On constate une large proportion de surmortalité qui s'étale sur la frange est de la Grande-Terre, également les communes de Pointe-à-Pitre, Petit-Bourg, Goyave, Capesterre, Gourbeyre, Basse-Terre, Marie-Galante.  
Les zones de sous mortalité sont essentiellement situées dans l'ouest de la Basse-Terre.
- La Guadeloupe représente le 1<sup>er</sup> taux de mortalité régional par accident de la circulation (19,1 décès pour 100 000 habitants vs 9,2). On distingue une zone de surmortalité s'étalant sur la côte est (Petit-Canal à Saint-François) ; une zone de sous-mortalité en côte sous le vent (Pointe-Noire à Basse-Terre).
- La mortalité par suicide est peu élevée en Guadeloupe. Il s'agit du 3<sup>ème</sup> taux le moins élevé de France (1,3% de l'ensemble des décès, 9,3 décès pour 100 000 habitants versus 17,4 en moyenne nationale). On notera que les zones de surmortalité sont réparties de manière éparsée sur le territoire, tandis que les zones de sous-mortalité sont localisées en Basse-Terre. L'ensemble des communes présentent des taux inférieurs à la moyenne nationale.

#### E. Autres causes de décès\*

- La mortalité par pathologies liées à l'alcool constitue 4,5% de l'ensemble des décès. Le taux régional est proche de la moyenne nationale (37 décès pour 100 000 vs 34,3). On notera l'importance d'une frange de surmortalité reliant Pointe-Noire à Vieux-Fort (excluant Gourbeyre et Saint-Claude), également les cas de Pointe-à-Pitre, Désirade, Marie-Galante.
- La mortalité par maladies de l'appareil respiratoire représente 4,2% de l'ensemble des décès. Il s'agit de la région la moins touchée de France. On notera que les communes fortement touchées sont situées en Basse-Terre tandis que les moins touchées sont localisées au nord de la Guadeloupe. L'ensemble des communes présente des taux inférieurs à la moyenne nationale.
- La mortalité par maladies infectieuses et parasitaires représente 3,6% de l'ensemble des décès. Le taux régional est largement supérieur à la moyenne nationale (29,3 décès pour 100 000 vs 17). On notera qu'une seule commune présente un taux inférieur à la moyenne nationale (Désirade).

## F. Morbidité\*

- S'agissant des **maladies chroniques**, l'analyse des données d'admission en ALD 8 indique sur la période 2000-2006 :

Une incidence du **diabète**<sup>25</sup> toujours plus élevée qu'au niveau national. Les taux d'incidence augmentent avec l'âge et continuent de croître même après 65 ans. A contrario du niveau national les taux sont plus élevés chez la femme que chez l'homme. La prévalence du diabète traité<sup>26</sup> est deux fois plus élevée qu'au niveau national. Pour illustration, en 2009 elle est de 8,1% versus 4,4% en moyenne nationale.

### **Hypertension artérielle :**

L'étude CONSANT<sup>27</sup> réalisée en 2007 estime la prévalence de l'HTA : en 1<sup>ère</sup> visite : homme 33% - femme 37% / en 2<sup>ème</sup> visite : homme 22% - femme 31%. On notera l'amélioration observée quant aux volets dépistage ainsi que la prise en charge des patients. La tension artérielle est correctement contrôlée chez plus de la ½ des personnes sous traitement. On notera enfin des corrélations entre la prévalence de l'HTA, le surpoids et la précarité.

### **Insuffisance Rénale Chronique :**

140 à 150 nouveaux cas de néphropathies graves sont enregistrés annuellement (aire territoriale globale) dont l'évolution se fait dans la majorité des cas vers l'insuffisance rénale.

Les pathologies pourvoyeuses sont principalement l'HTA et le diabète. La prévalence est 2 fois supérieure à la moyenne nationale : 1061.1 patients dialysés pmh<sup>28</sup> versus 498.2 pmh en moyenne nationale.

### **Cancers :**

1304 nouveaux cas de cancers ont été validés pour l'année 2008 avec une moyenne d'âge de 66 ans chez les hommes ; 62 ans chez les femmes. La prostate est l'organe le plus fréquemment atteint chez l'homme (55% des cancers), le sein pour la femme (38% des cancers).

- S'agissant des **pathologies infectieuses**. Concernant le **VIH/SIDA**, il s'agit de la 2<sup>ème</sup> région la plus touchée de France. Les classes d'âge les plus touchées sont les 40-49 ans en 2008 versus les 30-39 en 2006. Les rapports hétérosexuels demeurent le principal mode de contamination, les femmes sont autant affectées que les hommes. La Guadeloupe se trouve dans une situation préoccupante car la proportion de ceux qui connaissent leur séropositivité avant le diagnostic est passée de 61% en 2006 à 34% en 2008 ; la proportion des personnes traitées avant le diagnostic continue à décroître : 1 personne sur 4 en 2006 à 1 personne sur 10 en 2008.
- S'agissant de la **tuberculose**, l'incidence est globalement stable en Guadeloupe entre 2003 et 2008. Elle se situe aux environs de 7 nouveaux cas pour 100 000 habitants (vs 5 en moyenne nationale). L'âge moyen des malades est de 45 ans. Les hommes sont plus touchés que les femmes.
- L'incidence de la **lèpre** est passée de 24/100 000 en 1970 à 1,6/100 000. En 2009 la file active comprend 54 patients.
- S'agissant des **pathologies liées au milieu**. La **dengue** est en pleine expansion dans le bassin caribéen où sa forme hémorragique depuis le début des années 80 a été à l'origine de plusieurs centaines de décès. Les experts prévoient une dégradation de la situation dans les années à venir. En l'absence de vaccins et traitements spécifiques, la lutte contre le moustique vecteur demeure la seule méthode pour diminuer l'incidence de la maladie. Or les phénomènes de résistance aux insecticides s'amplifient.  
Les sérologies effectuées sur le cheptel équin et sur l'avifaune ont mis en évidence l'installation dans l'archipel du virus de **West Nile** depuis 2002. Bien qu'aucun cas humain n'ait été prouvé le risque humain est réel.  
En dépit de la disparition de cas autochtones de **paludisme**, on notera la présence locale des vecteurs et en conséquence la possibilité de transmission.

<sup>25</sup> Source INVS - Dossiers thématiques

<sup>26</sup> BEH 9-11-2010 / 42-43

<sup>27</sup> BEH thématique 16-12-2008 / 49-50

<sup>28</sup> Pmh : par million d'habitant

Les études locales de l'ARS et de l'Institut Pasteur ont révélé la capacité pour l'Aedes aegypti de transmettre le virus du Chikungunya.

- S'agissant de la **leptospirose**, les études<sup>29</sup> révèlent un taux de mortalité 100 fois plus important en Guadeloupe par rapport à la moyenne nationale. Entre 2002 et 2008 la moyenne des hospitalisations est supérieure à 130 et 5 décès sont recensés par an.

#### IV - Etat de santé de la population au sein des territoires : Synthèses et typologies territoriales

##### A. Classe 1

Zone présentant une sous-mortalité générale et prématurée, notamment par cancers et par pathologies liées à l'alcool.

- Cette zone est composée de **13 communes** (ou regroupements de communes), **241 500 habitants**, soit **60% de la population**. Les communes sont majoritairement situées dans le nord et l'est de la Basse-Terre ainsi que dans le nord et le sud de la Grande-Terre.
- Les principales caractéristiques de mortalité de cette zone :
  - une sous-mortalité générale et prématurée
  - une mortalité par cancers moins importante

##### B. Classe 2

Zone présentant une surmortalité par cancers des voies aéro-digestives supérieures, pathologies liées à l'alcool et maladies vasculaires cérébrales.

- Cette zone est composée de **5 communes** (ou regroupements de communes), 45 000 habitants, soit **11% de la population guadeloupéenne**. Les communes sont situées en côte sous le vent (Bouillante à Gourbeyre) ainsi que Saint-Louis à Marie-Galante.
- Les principales caractéristiques de mortalité de cette zone :
  - une mortalité comparable à celle observée au niveau régional
  - des taux supérieurs pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures, les pathologies liées à l'alcool et les maladies vasculaires cérébrales

##### C. Classe 3

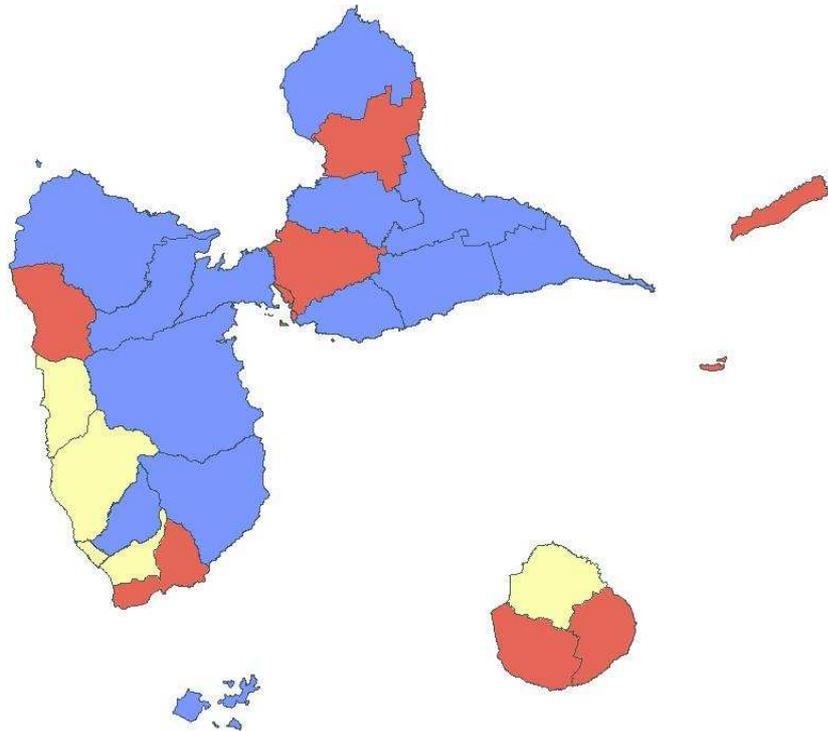
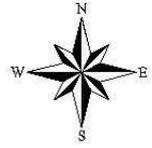
Zone en surmortalité générale et prématurée, notamment par cancers et maladies de l'appareil circulatoire.

- Cette zone est composée de **8 communes** (ou regroupements de communes), **114 300 habitants**, soit **28% de la population guadeloupéenne**. Elle comprend **3 communes des îles du sud** (Capesterre, Grand-Bourg, Désirade) ainsi que **5 communes de la Guadeloupe continentale** (Trois-Rivières, Vieux-Fort, Pointe-Noire, Pointe-à-Pitre, Abymes, Petit-Canal).

<sup>29</sup> Etude INSERM (2202-2008) sur l'analyse des données de mortalité par leptospirose

- Les principales caractéristiques de mortalité de cette zone :
  - une mortalité générale et prématurée plus importante pour l'ensemble des personnes et la part des moins de 65 ans
  - une surmortalité pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon, les maladies de l'appareil circulatoire, notamment les maladies vasculaires cérébrales

## TYPOLOGIE «MORTALITE»



- Classe 1 Zone présentant une sous-mortalité générale et prématurée, notamment par cancers et par pathologies liées à l'alcool
- Classe 2 Zone présentant une surmortalité par cancers des voies aéro-digestives supérieures, pathologies liées à l'alcool et maladies vasculaires cérébrales
- Classe 3 Zone en surmortalité générale et prématurée, notamment par cancers et maladies de l'appareil circulatoire

## V - Etat des lieux socio-sanitaire au sein des Territoires de santé : Typologies globales

### A. Classe 1

Zone avec une population bénéficiant fréquemment des prestations sociales, dans la moyenne régionale au regard de la mortalité et de l'offre de soins.

- Cette zone est composée de **15 communes** (ou regroupements de communes), **254 000 habitants**, soit **63% de la population guadeloupéenne**.
- Elle concentre la **quasi-totalité des communes de Grande-Terre** (excepté Saint-François, Gosier), Désirade, les communes sur l'axe ouest reliant Sainte-Rose à Capesterre (excepté Saint-Claude, Gourbeyre).
- Les **principales caractéristiques socio-sanitaires** de cette zone sont :
  - un niveau de chômage plus important que dans le reste du territoire
  - une présence marquée d'enfants vivant dans un foyer ne comprenant pas d'actif occupé
  - une population précaire sur le plan économique et bénéficiant le plus souvent de prestations sociales [RMI, API, AAH, AEEH]
  - un taux de naissances vivantes parmi les femmes mineures plus élevé que dans le reste du territoire
  - une situation en termes de mortalité et d'offre de soins comparable au constat du niveau régional

### B. Classe 2

Zone socialement favorisée, en sous-mortalité et présentant une densité relativement faible d'infirmiers.

- Cette zone est composée de **8 communes** (ou regroupements de communes), **134 600 habitants**, soit **1/3 de la population guadeloupéenne**.
- Les **communes sont majoritairement situées en Basse-Terre**, à proximité de la préfecture (Saint-Claude, Gourbeyre, les Saintes) et de la sous-préfecture (Baie-Mahault, Lamentin, Goyave, Petit-Bourg). Seules deux communes de la Grande-Terre sont représentées (Gosier, Saint-François).
- Les **principales caractéristiques socio-sanitaires** de cette zone sont :
  - une proportion de personnes âgées de plus de 75 ans ou plus et un rapport de dépendance plus faible
  - un niveau de chômage, d'emplois précaires et d'inactivité moins présents qu'ailleurs
  - une présence moins marquée d'enfants vivant dans un foyer ne comprenant pas d'actif occupé
  - une population bénéficiant moins souvent de prestations sociales
  - une part des foyers fiscaux non imposée inférieure et un revenu moyen par foyer fiscal supérieur à la moyenne régionale
  - une part de familles monoparentales et un taux de naissances vivantes parmi les mineures moins élevés

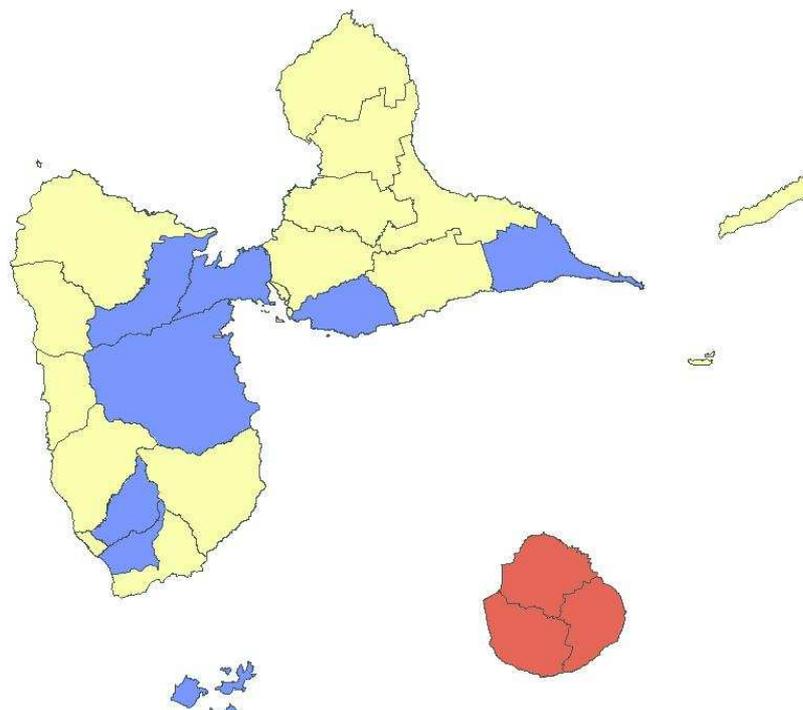
- une sous -mortalité générale et prématurée
- une densité d'infirmiers moins élevé

### C. Classe 3

**Zone avec une population âgée, socialement défavorisée et en surmortalité.**

- Cette zone est **exclusivement composée des communes de Marie-Galante, 12 000 habitants, soit 3% de la population guadeloupéenne.**
- Les **principales caractéristiques socio-sanitaires** de cette zone sont :
  - une proportion de personnes âgées de plus de 75 ans ou plus et un rapport de dépendance élevé
  - une part des jeunes de moins de 25 ans plus faible
  - une présence marquée d'agriculteurs et d'ouvriers, des jeunes de 20 à 29 ans peu ou pas diplômés
  - une proportion élevée de foyers fiscaux non imposés versus un revenu moyen fiscal inférieur au revenu moyen régional
  - une fréquence des résidences principales sans confort
  - une mortalité générale et prématurée plus importante [maladies infectieuses et parasitaires, pathologies liées à l'alcool, maladies de l'appareil circulatoire, cancers des voies aéro-digestives supérieures) notamment celle par causes extérieures (accidents de la circulation)
  - une situation de l'offre de soins comparable au constat du niveau régional

# TYPOLOGIE GLOBALE



**Classe 1** Zone avec une population bénéficiant fréquemment des prestations sociales, dans la moyenne régionale au regard de la mortalité et de l'offre de soins

**Classe 2** Zone socialement favorisée, en sous-mortalité et présentant une densité relativement faible d'infirmiers

**Classe 3** Zone avec une population âgée, socialement défavorisée et en surmortalité

## 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

### I - Etat des lieux dans le domaine de la prévention

#### Introduction

- La loi du 9 août 2004 a réaffirmé la responsabilité de l'Etat dans la définition et la mise en œuvre de la politique de santé publique à l'échelon national et régional. Le **groupement régional de santé publique (GRSP) de la Guadeloupe** a, sur cette base, décliné les objectifs de prévention du **plan régional de santé publique (PRSP) arrêtés par le Préfet pour la période 2006-2010**.
- La Guadeloupe s'inscrit dans la déclinaison des plans nationaux. Les choix ont porté sur les thèmes mettant en valeur **les problématiques de santé fortement représentées dans la région** tels le VIH, le cancer, les addictions, la contraception, les hépatites, les maladies chroniques, la nutrition, la chlordécone, les soins palliatifs<sup>30</sup>. Le PRSP avait vocation principalement à renforcer l'accessibilité des populations aux services essentiels de santé (à travers le SREPS<sup>31</sup>, le PRAPS<sup>32</sup>, et la santé des élèves) et agir sur les autres déterminants de santé (précarité, nutrition, environnement sain).
- **Les résultats de l'évaluation du PRSP** ont été rendus en décembre 2010. Ils sont susceptibles de contribuer à la formalisation des axes de réorientation du dispositif de prévention dans le cadre élargi qu'offre le PRS tout en recherchant la plus juste couverture territoriale possible.

☛ **Il apparaît nécessaire de progresser sur plusieurs points, susceptibles de constituer les éléments de tableau de bord de la Commission de Coordination des Politiques Publiques de Prévention :**

- la connaissance, la lisibilité des actions de prévention et leur impact territorial
- le pilotage pluriannuel PRS, notamment dans son volet prévention
- la professionnalisation des acteurs
- le choix d'un nombre limité de priorités
- l'évaluation des résultats en termes de gain de santé

#### A- Bilan des actions menées :

##### 1. Au titre du GRSP\* :

- **129 actions\*** ont été financées entre 2007 et 2009. Une part importante des crédits (près de **80 %**) sont « fléchés » notamment au titre des dépistages organisés des cancers, des actions recentralisées (tuberculose, lèpre, vaccinations, infections sexuellement transmissibles), de l'aide à domicile pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Près de **20 % de l'enveloppe**<sup>33</sup>, a été consacrée aux thématiques du VIH, la santé sexuelle et reproductive, la nutrition et l'activité physique, le cancer et le SREPS. La drépanocytose, le PRSE ont fait l'objet de financements à partir de 2009. **Les associations ont été les principaux partenaires et promoteurs des programmes.**<sup>34</sup>

☛ **Etudes et enquêtes réalisées par l'ORSAG :** au nombre de 11 sur la période du PRSP. Elles ont porté sur :

<sup>30</sup> (Source : BRIQUES).

<sup>31</sup> SREPS, Schéma Régional d'Education pour la Santé

<sup>32</sup> PRAPS, Programme Régional pour L'Accès à la Prévention et aux Soins

<sup>33</sup> Les actions ont concerné la communication grand public, la réalisation d'enquêtes, d'études de prévalence, ainsi que la prévention individuelle et ciblée vers des groupes particuliers

<sup>34</sup> Celles-ci portent 91% des actions conduites en 2007, et 53% de celles de 2009. S'ensuivent les établissements scolaires, les centres hospitaliers et les entreprises commerciales.

- la nutrition et l'activité physique<sup>35</sup>
- le cancer<sup>36</sup>
- les addictions<sup>37</sup>
- les maladies infectieuses<sup>38</sup> :

#### ☛ **Bilan des formations**

- L'IREPS a depuis 2007 organisé **50 formations**<sup>39</sup> qui ont concerné **793 personnes\***. 2 types de formations sont proposés :
- Les **thèmes prioritaires** ont porté sur la nutrition (cadre du PNNS), la prévention des addictions et la prévention du VIH / SIDA, l'éducation thérapeutique pour trois d'entre elles. L'approche populationnelle concerne les personnes en situation de précarité.
- Des **formations généralistes** relatives à la méthodologie de projet, les techniques et outils d'animation en éducation pour la santé, l'évaluation, la santé communautaire, animateur d'atelier santé ou encore « écrire et publier en éducation pour la santé » ont été mises en place pour répondre aux besoins. Trois formations de formateurs ont eu pour objectif le développement et la structuration d'un pôle régional de formation en éducation pour la santé avec des approches thématiques (addictions, VIH / SIDA, nutrition). A ce bilan s'ajoutent les interventions menées en Formation Initiale (IUFM, IFSI, UAG, CREPS..).

**Un état des lieux actualisé des besoins en formation est à conduire auprès des professionnels de santé en 2011.**

#### ☛ **Les dépistages organisés :**

- Dans le cadre de la **mesure 21 du plan cancer**, un **dépistage des cancers du sein et du colon est proposé à tous les assurés sociaux de 50 à 74 ans**<sup>40</sup>. L'organisation est confiée à une structure de gestion de statut associatif : « **AGWADEC** ». Sa mission consiste à informer, sensibiliser les populations ciblées, lancer les invitations et effectuer les relances nécessaires, à organiser les formations et informations des professionnels de santé, organiser le suivi des personnes dépistées avec un résultat positif et s'assurer de leur prise en charge. Le **dépistage du cancer du colon fait intervenir les médecins traitants, les gastro-entérologues, un laboratoire d'analyses de biologie médicale**<sup>41</sup>, centre de lecture agréé sur la base du respect d'un cahier des charges.
- Le **Dépistage Organisé du Cancer du Sein (DOCS)\* a été mis en place en 2004. 18 cabinets libéraux de radiologie sont agréés**. Le territoire est entièrement couvert notamment par la mise à disposition de billets d'avion pour les deux Collectivités d'Outre Mer et de bateau pour les Saintes et la Désirade. Environ **56 000 femmes** sont invitées tous les 2 ans (projections

<sup>35</sup> Hygiène de vie et habitudes alimentaires dans le Sud Basse-Terre en 2005 (*Goyave à Vieux Habitants*)  
Enquête APHYGUAD (Activité physique, sportives et activités sédentaires des adultes) *Guadeloupe* en 2009  
Etude sur les comportements alimentaires et les perceptions de l'alimentation en 2009 -*Guadeloupe*  
Programme interrégional nutrition-santé (2005-2008) - les Ecoles carambole (*Bouillante*).

<sup>36</sup> La prise en charge du cancer - *Guadeloupe* - 2006

<sup>37</sup> Profils et trajectoires des usagers de crack en 2007 - *Guadeloupe et Saint-Martin*

<sup>38</sup> Etude SatisPAAD, étude sur les besoins des bénéficiaires dans le cadre du programme d'aide à domicile - *Guadeloupe*  
Les infections sexuellement transmissibles en *Guadeloupe et à Saint-Martin* - 2008 et 2009  
La couverture vaccinale des enfants scolarisés à *Saint-Martin* - 2009  
La couverture vaccinale des élèves des classes de 5<sup>ème</sup> des collèges de *Guadeloupe* - mars 2007  
Etude des facteurs de risques de transmission récente, des filières de contamination et de soins de la tuberculose - *Guadeloupe-2008*

<sup>39</sup> De niveau 1 (16 à 18 heures) ; de niveau 2 (35 heures)

<sup>40</sup>Le financement de ces dépistages est assuré pour moitié par la CGSS et l'Etat

<sup>41</sup> LABM HYPPOMENE

OMPHALES de l'INSEE). Leur participation<sup>42</sup> est satisfaisante et se situe en 2010 à 50,7 % (soit 14 178 femmes dépistées sur 27 939 femmes population cible). Depuis le début du dépistage, **115 cancers du sein ont été diagnostiqués**. Selon les données de la Direction Régionale du Service Médical, **40 % des cancers du sein sont dépistés chez des femmes âgées de moins de 50 ans, en deçà des classes d'âges retenues pour la population cible**.

- **Le dépistage du cancer colorectal\* a été mis en place au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2008. 348 médecins** (toutes spécialités confondues) ont contribué à la distribution des tests HEMOCCULT auprès de leurs patients. 62 ont délivré plus de 100 tests analysables. La première campagne s'est étalée de mai à décembre 2008 et a concerné **une population cible de 116 000 bénéficiaires**. **Le taux de participation est bas<sup>43</sup>**. Entre la mise en œuvre du dépistage et le mois d'août 2010, 47 cancers ont été dépistés. **Le pourcentage de tests non analysables (21 % en 2008, 8 % en 2010) reste très supérieur à la moyenne nationale (2 %) pour des raisons identifiées** (datation incorrecte, mauvais remplissage des feuillets, non respect du délai d'envoi au laboratoire).

☞ **Enjeu / Problématique : Un travail d'explication régulier devra être organisé en direction des futurs dépistés.**

#### ☞ **Les autres dépistages :**

- **Le dépistage de la drépanocytose :** le centre de référence des maladies rares est labellisé depuis le 12 juillet 2006. La coordination est située au CHU et intègre des compétences réparties sur les sites du CHBT et le CH du Lamentin en Martinique.
- **Le dépistage du VIH\*** est proposé par divers dispositifs : médecins, laboratoires d'analyses médicales, les 6 CIDDIST<sup>44</sup>. 90 % des laboratoires d'analyses de biologie médicale participent au dépistage. Le nombre de tests réalisés<sup>45</sup> rapporté à la population est élevé. La Guadeloupe pointe au 2<sup>ème</sup> rang des régions présentant un taux de sérologies positives élevé (663 sérologies positives pour 1 million d'habitants).

☞ **Enjeu / Problématique : Le test de dépistage du VIH est insuffisamment proposé par les médecins libéraux.**

La transmission reste hétérosexuelle. Les nouveaux patients séropositifs<sup>46</sup> se situent majoritairement dans la tranche des 30 à 49 ans, soit 57 % des 908 découvertes de séropositivité). **29 % des découvertes interviennent au-delà de 50 ans pour les hommes contre 18 % chez les femmes<sup>47</sup>**.

---

<sup>42</sup> En 2008 (45,6 %) et proche du niveau national (50 %) a chuté en 2009<sup>42</sup> où il est de 39 %,

<sup>43</sup> (30 % en 2009 - 37% en mai 2011), plus bas qu'au niveau national (42 %). Il est plus élevé chez les femmes.

<sup>44</sup> Centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles. L'offre concerne le VIH, les hépatites B et C, les chlamydiae, la syphilis

<sup>45</sup> 155 contre 82 pour 1 000 habitants

<sup>46</sup> Données cumulées 2003-décembre 2009

<sup>47</sup> Source ORSAG- infection à VIH - novembre 2010 (données InVS cumulées 2003-2009)

Le taux de positivité en CIDDIST<sup>48</sup> est faible, comme observé au niveau national.

☞ **Enjeu / Problématique : le dépistage est encore trop souvent orienté par des signes cliniques et biologiques (44 % en 2007) et par conséquent demeure trop tardif, avec une immunité basse ou au stade SIDA au moment de la découverte de la séropositivité.**

- **Le recours au dépistage du VIH** : En 2004, 16,8 % des personnes interrogées avaient effectué un dépistage dans les 12 mois ayant précédé l'enquête<sup>49</sup>. Les personnes interrogées souhaiteraient que le dépistage soit rendu obligatoire à l'entrée à l'hôpital (79,6 %) et pour toute la population (68,3 % des personnes interrogées).

☞ **Perspectives :**

- ✚ **Améliorer le suivi épidémiologique par l'amélioration de la transmission des fiches DO labo-médecin-ARS**
  - ✚ **Intensifier le dépistage, en particulier le dépistage précoce dans la population générale conformément aux recommandations de l'HAS d'octobre 2009 et initier précocement le traitement**
  - ✚ **Veiller à la prise en compte des publics prioritaires ayant des comportements à risques**
  - ✚ **Ne pas occulter les autres IST notamment chlamydiae chez les jeunes et les hépatites B (statistiques CIDDIST).**
- **Le dépistage de la tuberculose** peut être réalisé au cabinet du médecin généraliste. Le dispositif est complété par une offre gratuite financée par l'Etat (ARS) à travers une convention unissant l'ARS avec le CHU, le CHBT, le CH de Saint-Martin. La coordination globale et médicale de la lutte anti tuberculeuse est assurée par le CHU.
  - **Le dépistage de la lèpre<sup>50</sup>** est également coordonné par le CHU au sein d'une unité mise à disposition par le conseil général. Il consiste à assurer :
    - la détection, le dépistage, la dispensation gratuite du traitement si nécessaire, le suivi des malades et leur entourage ;
    - la détection de l'affection parmi les personnels accueillant de jeunes enfants et des élèves (assistantes maternelles, personnels de la PMI, les enseignants candidats à une titularisation..). Cette activité concerne 1 300 personnes en moyenne chaque année ;
    - des actions d'information vers les personnels exerçant dans des structures d'accueil des personnes migrantes.

☞ **Enjeux / problématique : La découverte de nouveaux cas nécessite le maintien de la lutte par l'action des professionnels de santé (détection/dépistage/information..) de 1<sup>er</sup> recours et des structures de prévention.**

---

<sup>48</sup> Des 5343 dépistages VIH réalisés en 2008 dans les CIDDIST, seuls 30 tests reviennent positifs (soit un taux de 0,56 %).

<sup>49</sup> Etude KAPB, 2004 ANRS et ORSAG

<sup>50</sup> On notera que la file active a nettement diminué : une cinquantaine de patients sont suivis alors qu'ils étaient 250 les années passées.

## ☛ Les vaccinations\*

- **L'acte vaccinal est dispensé au cabinet du médecin et par les services de PMI territoriaux** (conseil général de la Guadeloupe et COM des Iles du Nord) pour les enfants de 0 à 6 ans. Depuis 2006, une convention passée entre l'Etat (ARS) qui en assure le financement, avec des opérateurs associatifs et hospitaliers, organise la vaccination à titre gratuit des personnes de plus de 7 ans.
- **Le système mis en place fonctionne correctement.** L'Institut Pasteur stocke et distribue les vaccins (sur commandes) dans les centres conventionnés. Le suivi de l'activité vaccinale est centralisé et traçable<sup>51</sup>. L'offre vaccinale est large sur le territoire (21 sites dont 7 fixes qui s'ajoutent à l'offre de médecine de ville). Elle doit contribuer à **vacciner 95% de la population aux âges appropriés en référence à l'objectif national assigné**. Depuis son début en juin 2006, l'ensemble de l'activité représente **36 997 vaccinations**<sup>52</sup>.
- **Les Enquêtes de couverture vaccinale**<sup>53</sup> ont été menées par l'ORSAG en 2007 et 2009 en Guadeloupe et à Saint Martin, chez des enfants âgés de moins de 6 ans et des collégiens.
- **La couverture vaccinale des enfants nés entre 2004 et 2006, sans atteindre les objectifs prescrits peut-être considérée comme étant**<sup>54</sup> :
  - Bonne pour la tuberculose, les infections invasives à haemophilus influenzae b et l'hépatite B
  - Insuffisante pour le vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche (4 doses) et le vaccin triple contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (2 doses). Cette dernière est d'autant plus préoccupante que la Guadeloupe est soumise à une double obligation d'élimination de la rougeole autochtone et de la rubéole congénitale (OPS/OMS et DGS)
  - Encourageante contre les infections invasives à pneumocoques
- **La couverture chez les collégiens (13 ans) est :**
  - Basse pour le vaccin contre la coqueluche (5 doses) contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (6 doses)
  - Satisfaisante pour le vaccin contre l'hépatite B
- **Evolution des taux de couverture vaccinale :**
  - Le rattrapage observé chez les collégiens reste insuffisant pour permettre l'atteinte des objectifs (ROR, DTCP notamment)
  - Existence de meilleurs taux de couverture par ROR (1 dose) à 2 ans, dans les cohortes plus jeunes.

## ☛ **Enjeux / Problématiques : organiser la coordination régionale par le biais éventuel de la commission de coordination des politiques publiques de prévention (CCPP)**

### 2. Au titre des autres actions :

---

<sup>51</sup> La traçabilité est assurée grâce à l'utilisation d'un logiciel accessible à tous les opérateurs via Internet (base sécurisée sur le serveur de l'IPG) qui est né de l'expertise de l'Institut Pasteur de la Guadeloupe. L'accès des médecins libéraux à cette plateforme permettrait d'avoir une vision tout à fait exhaustive de l'ensemble des vaccinations pratiquées sur le territoire.

<sup>52</sup> Le nombre de consultants répertoriés dans la base de données a octuplé passant de 5 000 à 41 120. Ont été également pratiqués 395 tuber tests (tests tuberculoniques), 289 vaccins contre la grippe et 496 autres vaccinations.

<sup>53</sup> Références : 3 rapports d'étude CV ORSaG

<sup>54</sup> Il faut aussi tenir compte de la date d'arrivée des recommandations par rapport à l'âge des enfants et la date de l'enquête ex 2<sup>ème</sup> dose ROR, généralisation haémophilus, pneumocoque et 5<sup>ème</sup> dose coqueluche.

#### ☛ Bilan de l'Opération Jafa (Jardins familiaux) :

- Dans le cadre du plan chlordécone 2008 - 2010, l'ARS a été pilote de l'action n°21 « accélérer la mise en œuvre du programme Jafa (Jardins Familiaux) ». Celui-ci vise à réduire l'exposition à la chlordécone des populations ayant des habitudes d'approvisionnement et d'autoconsommation de légumes racines issus de jardins familiaux.
- Il a vocation à **identifier les populations à risques** (habitudes alimentaires et sols contaminés) et à accompagner une **modification de ses comportements alimentaires** dans le cadre d'un programme de santé à visée nutritionnelle (sans détourner les habitudes vers des produits dérivés gras et sucrés).
- Ce programme se décline en 3 axes : Diagnostic des jardins, accompagnement des personnes à risques, communication.
- Entre 2009 et 2010, près de 70 % des 16 907 bâtiments intégrés ont été visités. **7 841 enquêtes en porte à porte et 1 643 prélèvements de sol (20 %).** **987 prélèvements<sup>55</sup> (60 %) ont été analysés.** Les familles en situation de sur exposition bénéficient d'un accompagnement à cet effet. En 2010, diverses actions ont été réalisées sur les trois axes du programme.

☛ **Enjeux / problématique : Dans le cadre de la reconduction du plan chlordécone, ces actions sont poursuivies et des réflexions engagées sur :**

🚧 **la gestion de la problématique chlordécone via l'autoconsommation des produits de la mer et via les circuits informels de distribution**

🚧 **la reconstitution d'une cohorte de travailleurs ayant été exposés à la chlordécone**

🚧 **les recommandations vis-à-vis du suivi médical adapté à mettre en œuvre chez les travailleurs exposés à la chlordécone.**

#### ☛ La Lutte anti vectorielle :

- La stratégie de lutte **est renforcée** en situation d'épidémie et s'articule autour de trois axes principaux mis en œuvre par l'ARS :
  - Contrôles et traitements entomologiques des sites sensibles (établissements d'enseignement, crèches, établissements de santé et médico-sociaux, cabinets médicaux, sites à fortes densité de vecteurs)
  - Communication et mobilisation sociale : municipalités, associations, écoles, professionnels et entreprises
  - Intensification des pulvérisations insecticides.

Les moyens de l'ARS ont été complétés par trois dispositifs<sup>56</sup> qui ont renforcé en 2010 les capacités d'intervention existantes et ayant fait preuve d'une réelle efficacité.

---

<sup>55</sup> **54 %** des résultats présentent une teneur en chlordécone **inférieure à 100 µg / kg** de sol sec. **27,2 %** présentent une teneur entre 100 µg / kg et 1000 µg / kg de sol sec. **18,8 %** présentent une teneur supérieure à **1000 µg / kg** de sol sec.

Ces résultats font l'objet d'un courrier (759 envoyés) contenant, outre les résultats, des conseils nutritionnels adaptés à leur situation ainsi que des recommandations de diversification alimentaire et de diversification des façons de cultiver leur jardin :

- [0 - 100 µg/kg] : Pas de restrictions - Recommandation de consommation régulière des fruits et légumes - (message type PNNS : 5 fruits et légumes par jour)
- [100 - 1000 µg/kg] : Recommandations de limiter la consommation des légumes racines du jardin à 2 fois par semaine - Conseils de diversification des cultures et de modification des pratiques culturales
- [> 1000 µg/kg] : Fortes recommandations de ne plus produire et consommer de légumes racines et cucurbitacées du jardin

<sup>56</sup> Des Volontaires au Service Civique : ils ont permis de visiter 22.000 logements et de contrôler ou de traiter 13.000 gîtes de reproduction du moustique vecteur dans les différentes communes

• **Enjeux / Problématique : Le développement d'alternatives non chimiques (lutte mécanique, biologique, environnementale, mobilisation des communautés, ...) est une priorité**

• **La leptospirose**

- Un plan de surveillance, de gestion et d'alerte de la leptospirose est en cours d'élaboration.

• **Enjeux / Problématique : Une meilleure connaissance de la leptospirose et de ses déterminants environnementaux (prolifération des rats, gestion des déchets, rôle des autres mammifères dans la transmission de la maladie, ...) pourrait déboucher sur des recommandations adaptées en matière de prévention.**

• **Le dispositif de prévention des addictions** est très fortement lié aux modalités de prise en charge et de soins unissant les offres portées par le CHU (unité de soins et de liaison du CHU) et le CH de Beauperthuy (unité d'alcoologie et unité de sevrage, USSUD).

- **Un réseau : le GIP-A-ASPEG dénommé groupement d'intérêt public - Addictions- et actions de santé publique en Guadeloupe**  
GIP -A-ASPEG : **935 patients sont pris en charge et 160 professionnels répartis sur tout le territoire Marie Galante et les COM compris.** Il est chargé de favoriser la prévention, l'accès aux soins, la prise en charge pluridisciplinaire et la coordination des soins.

Il a coordonné en 2009 plusieurs actions telles :

- la promotion des consultations jeunes consommateurs débutée en 2008,
- les actions de prévention,
- la sensibilisation au syndrome d'alcoolisation foetale,
- des interventions en milieu scolaire, du travail...

- **Les structures ambulatoires :**

- **5 CSAPA, Centre d'évaluation de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie :**

**Implantation<sup>57</sup> : 2 à Pointe à Pitre, 2 à Basse Terre, 1 à SAINT MARTIN**

**Missions :** Chaque CSAPA propose des consultations jeunes consommateurs (alcool, substances illicites). L'alcool est le principal produit pris en charge. Il représente 52 % des demandes de prise en charge (tendance nationale similaire), suit le cannabis (22 % et en particulier dans les consultations jeunes consommateurs versus 14 % au niveau national), et le crack (8 % des demandes).

Les files actives ont connu globalement une augmentation<sup>58</sup> entre 2008 (1782 hors COM) et 2009 (1826 hors COM). Les opérations de recueil des activités doivent être améliorées.

La demande de prise en charge relève le plus souvent d'une initiative personnelle. Le taux de prise en charge<sup>59</sup> est estimé en Guadeloupe à 71 pour 10 000 personnes de plus de 15 ans. Il est plus élevé au sein du territoire Sud (117 pour 10 000) qu'au sein du territoire Centre (58 / 10 000). Il est de 42 pour 10 000 à Saint-Martin.

- 
- des militaires du RSMA qui ont assuré avec les équipes de l'ARS, le contrôle des établissements scolaires ainsi que des établissements de santé (16) et des établissements médico-sociaux (64) d'une part et d'autre part, participé avec les communes à l'enlèvement des déchets encombrants métalliques ;
  - des pompiers qui ont participé avec les équipes de l'ARS au contrôle de certains quartiers à risque (3.500 maisons contrôlées).

<sup>57</sup> 2 à Pointe à Pitre de gestion associative (COREDAF et AGEPTA), 2 à Basse Terre de gestion hospitalière (CHM et qui a passé convention avec le SPIP et l'association Accolade pour une prise en charge conjointe des sortants de prison) et associative (ABPTA), 1 CSAPA à SAINT MARTIN géré par l'association Sida Liaisons Dangereuses

<sup>58</sup> Données ORSAG, prise en charge des addictions en 2009

<sup>59</sup> Nombre de patients pris en charge vivant sur le territoire rapporté à la population des + de 15 ans du territoire considéré

- 2 **consultations de tabacologie** au CH de la Basse-Terre et au CHU : files actives faibles respectivement de 14 et 158 usagers.
- 1 **CAARUD** : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues, situé aux ABYMES et géré par l'association d'usagers et de parents d'usagers dénommé **STOP**. Sa **file active a augmenté de 24 %** évoluant de **108** en 2008 à **134** en 2009
- 2 équipes mobiles spécialisées en psychiatrie (Basse-Terre et Grande-Terre).

☛ **Enjeux / problématique : améliorer la lisibilité et la coordination des dispositifs de prise en charge**

**3. Actions financées par la sécurité sociale (CGSS)\* :**

Les actions menées par la CGSS sont prévues dans le contrat d'objectifs et de moyens conclu avec la caisse nationale d'assurance maladie. Elle est le financeur principal ou complète les dotations versées par d'autres partenaires. Ces budgets sont inclus dans les divers fonds d'assurance maladie :

- **Le fonds national de prévention d'éducation et d'informations sanitaires (FNPEIS)\*** d'un montant de **829 349 euros en 2010** a vocation à soutenir des programmes de prévention relatifs pour cette année aux cancers (dépistages organisés et accompagnement des malades), et des actions de communication (contraception d'urgence, bronchiolite, accidents de la vie courante, vaccination antigrippale) soit 9 actions. Le **taux de réalisation s'est amélioré de + 22 % entre 2009 et 2010** alors qu'il a très peu évolué au niveau national (+ 5 %)
- **le fonds national de l'action sanitaire et sociale (FNASS)\*** d'un montant de **89 032 euros** permet de répondre aux situations individuelles liées au contexte socio-économique. **9 actions** ont été éligibles au bénéfice des personnes handicapées, aux malades et à leurs familles
- **le fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (FNATMP)\*** est mobilisé par le service de prévention de la CGSS ; les actions sont tournées vers le soutien des entreprises dans la mise en œuvre des démarches de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

**4. Actions menées conjointement avec la DIECCTE, le rectorat et l'INRS**

- Les thèmes financés ont porté sur des **actions régionales spécifiques** pour un montant de 197160 euros (contrôles de chantiers, services d'aides et de soins à domicile, communication) ; des incitations en matière de **prévention des risques professionnelles** pour un montant de 275 000 euros ; des actions de **formation** pour un montant de 45 000 euros.

**5. Actions menées au titre de la protection maternelle et infantile (PMI)\***

Un bilan initial est proposé à tous les enfants de la 1<sup>ère</sup> année de maternelle. Il porte sur :

- La vérification du statut vaccinal<sup>60</sup>
- Les dépistages sensoriels<sup>61</sup>
- Les troubles du langage et psycho comportementaux<sup>62</sup>

<sup>60</sup> On constate en 2009 une **bonne couverture vaccinale** (ROR = 97% en 1<sup>ère</sup> dose), pas de modification significative des taux en dehors du BCG qui commence à s'infléchir depuis le retrait de l'obligation vaccinale ;

<sup>61</sup> Les retours des familles sont insuffisants : Dépistage visuel pour 4471 enfants (94 % des pré bilans) - parmi les 88,6 % de tests interprétables, 209 suspicions de déficit (5 %) sont adressés au spécialiste et 45 retours des résultats (22 %). Dépistage auditif pour 4227 enfants (88,6 % des pré bilans) - parmi les 84,4 % de tests interprétables, 104 suspicions de déficit (2 %) sont adressés au spécialiste et 33 retours des résultats (dont 11 pathologies à prendre en charge soit 1/3)

- Dépistage de l'obésité (L'Indice de Masse Corporelle n'est pas systématiquement évalué dans les circonscriptions).

#### 6. Actions menées par le service de promotion de la santé en faveur des élèves\* :

- En 2009, 86 professionnels médecins et infirmiers assurent la prise en charge de 113 253 élèves. La situation s'est améliorée, même si les taux de couverture restent faibles : 1 médecin en moyenne pour 8 090 élèves, 1 infirmier en moyenne pour 1 573 élèves.
- Les actions de prévention sont régulièrement menées tout au long de l'année, avec parfois l'appui de partenaires extérieurs. Elles portent en particulier sur la sexualité, l'hygiène, la santé bucco-dentaire, la nutrition.
- Pour ce qui concerne l'année scolaire 2009/2010 :
  - 1083 interventions\* enregistrées (on note un grand nombre d'annulation en raison de la mobilisation générée par la grippe H1N1 au cours du premier trimestre)
  - 9730 dépistages réalisés par les infirmiers, au bénéfice de 36 419 élèves

#### 7. Au titre de la santé au travail\* :

- Le plan régional santé au travail\* 1 (PRST) vient de s'achever. Toutes les actions prévues ont été réalisées.

Une enquête de perception sur l'état de santé des salariés en Guadeloupe est en cours de diffusion [2214 questionnaires exploités (68% du secteur privé, 20% personnel hospitalier, 11 % fonction publique)]. Il en ressort des différences entre secteurs notamment en termes de suivi médical et d'observance thérapeutique, des écarts de résultats entre la Guadeloupe et l'Hexagone, une association significative entre exposition liées au poste de travail et état de santé.

##### Dans le secteur privé :

- 14,6 % se déclarent en mauvaise santé
- Davantage de surpoids et d'obésité qu'en France hexagonale : 55 % sont en surcharge pondérale (versus 46,4 %), 17 % sont obèses (versus 14 %)
- 1 salarié sur 2 non à jour de ses vaccinations
- 14 % sont hypertendus : 7 patients sur 10 hypertendus connus ne sont pas soignés ou ne suivent pas leur traitement
- 27 % ont pris un arrêt de travail dans l'année précédente (lien avec le diabète dans 42 % des cas)
- Importance des pathologies ostéoarticulaires et des troubles neuropsychiques

##### Dans le secteur hospitalier :

- 13 % se déclarent en mauvaise santé
- 52 % sont en surcharge pondérale, 11 % sont obèses
- 4,4 % non à jour de leurs vaccinations
- 17 % sont hypertendus : 1 patient sur 3 hypertendus connus ne se soigne pas ou n'observe pas son traitement
- 38 % ont pris un arrêt de travail dans l'année précédente
- Importance des pathologies ostéoarticulaires et des troubles neuropsychiques, davantage que dans le privé
- Corrélation plus importante entre exposition au poste de travail et impact sur la santé

- Le PRST 2 (2011 - 2014) est publié. Il met notamment l'accent sur l'amélioration de l'expertise en santé au travail et la prévention de risques ciblés.

<sup>62</sup> Défaut de prise en charge : Seuls les enfants signalés en difficulté sont reçus en visite (soit 30 % des inscrits en pré bilan). Seuls 21 % des 1168 enfants présentant un trouble du langage étaient déjà pris en charge en rééducation (172) ou orientés (517). Des 729 enfants ayant un trouble psychomoteur, 125 sont déjà suivis (17 %), 327 sont orientés (44 %)

## 8. L'éducation thérapeutique :

- «L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie » (article L.1161-1 du code de la santé publique). Elle est proposée aux patients atteints de pathologies chroniques, et est dispensée actuellement en Guadeloupe sous 2 modes :
  - Le mode ambulatoire, généralement porté par les réseaux de santé, et concerne principalement les patients et leurs familles confrontés à la maladie asthmatique (réseau asthme) ; hypertensive (réseau HTA Gwad) diabétique (réseau karudiabète).
  - Le mode hospitalier : essentiellement en hospitalisation de jour (CHU) ou de semaine (CHBT), et relative à la prise en charge des patients diabétiques et à la rééducation du patient coronarien :
    1. hôpital de jour :
      - HDJ de diabétologie du CHU
      - unité du pied diabétique au CHU
      - unité de rééducation cardio-vasculaire du centre hospitalier de la Basse-Terre
    2. hôpital de semaine :
      - service de diabétologie du centre hospitalier de la Basse-Terre

## 9. Actions menées au titre de la surveillance, de la sécurité sanitaire et environnementale - Bilan de la mise en œuvre du protocole ARS / Préfet :

### ☛ Le bilan des actions de veille, de surveillance et d'alerte inscrites au protocole ARS et Préfet :

Le protocole organise les modalités de coopération portant :

- sur la gestion des hospitalisations sans consentement. le CHU de PAP (territoire centre), le CH de Montéran (Sud Basse-Terre), le CH de Saint-Martin sont agréés pour leur accueil : 1983 mesures ont été traitées par l'ARS en 2010 ; le nombre d'HDT et d'HO est 2 à 3 fois plus élevé en Guadeloupe qu'en France Hexagonale.
- sur le recueil permanent à l'ARS de tous les signaux (sanitaire, issus des vigilances, ou des dispositifs de surveillance) 7j/7 et 365 jours / 365. Un numéro de téléphone, le 05 90 410 200 est dédié. 63 signalements ont été recueillis en 2009, 111 en 2010 ;
- sur l'archivage et la traçabilité du traitement des signaux assurés par une plateforme informatique sécurisée dénommée VOOZALERTE : la récente évaluation réalisée par la CIRE en 2010 confirme la pertinence du dispositif puisque les objectifs sont atteints.
- la participation aux exercices d'application des consignes des plans de secours (ORSEC et autres) initiés par le Préfet.
- l'élaboration de plans de réponse à des situations exceptionnelles :
  - *Le Programme de Surveillance d'Alerte et de Gestion de la dengue (PSAGE dengue)<sup>63</sup> :*
  - *Le plan pandémie grippale<sup>64</sup>*

---

<sup>63</sup> Le PSAGE organise, structure et proportionne la réponse dans le cadre de la prévention de la dengue, en fonction de données épidémiologiques et entomologiques, dans le domaine de la surveillance de la maladie, de la lutte contre le moustique vecteur et de la communication et de la mobilisation sociale.

<sup>64</sup> : arrêté par le préfet de région en 2009, il vise à organiser la réponse coordonnée et adaptée des acteurs en fonction de l'évolution de l'épidémie. Au-delà des aspects sanitaires, il s'attache à préserver la continuité de la vie sociale et économique. Il a été déclenché lors de l'épidémie de grippe H1N1 de 2009

- *Le plan relatif à la gestion des situations d'urgence sanitaire (PRAGSUS)<sup>65</sup>*
  - *Le plan communal de prévention de la dengue et de lutte contre les moustiques<sup>66</sup>*
- **le contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine\*** : En 2010 Le contrôle sanitaire a concerné 329 points de surveillance ayant fait l'objet de 1442 prélèvements.

Globalement, des **dépassements des limites de qualité réglementaire** ont été observés pour :

- **1% des prélèvements** au regard des paramètres **bactériologiques et physico-chimiques**,
- **4,27 %** des prélèvements au regard des **recherches de pesticides**. En distribution, **le taux de non-conformité est de 3,27%**. Ce résultat témoigne de la bonne efficacité des filtres à charbon actif.

Seules 20% des stations de traitement du département répondent aux exigences réglementaires pour le paramètre TURBIDITE<sup>67</sup>.

- **Eaux embouteillées\*** :

30 prélèvements répartis comme ci-dessous ont été effectués. Ils ont tous été jugés conformes :

	Sté CAPES	Sté MATOUBA	Sté West Indies Pack
Nombre de points de surveillance	6	7	1
Nombre de prélèvements	16	13	1

- **le contrôle des eaux de piscines** : **196 établissements** (piscines communales ou assimilées, hôtels, résidences, gîtes et piscines mobiles) soient **280 bassins** ont été contrôlés sur l'ensemble de l'archipel guadeloupéen et les collectivités d'Outre-mer. Ils ont fait l'objet de **1591 prélèvements**<sup>68</sup>. Ces prélèvements ont conduit à plus de **170 procédures de non-conformités physico-chimiques ou bactériologiques**. **24 inspections** ont été réalisées sur les installations de traitement de piscines publiques ou assimilées ainsi que des établissements privés de type résidentiel.

- **Le contrôle des eaux de baignade\*** :

Durant la saison 2010, 148 sites de baignade (127 en mer et 21 en rivière) ont fait l'objet de 1934 prélèvements. 98,5 % des baignades contrôlés dans le cadre du contrôle sanitaire étaient conformes à la directive européenne du 8 décembre 1975 relative à la qualité des eaux de baignade.

Pour les deux sites non conformes, les causes de pollution étaient liées conjointement à une problématique d'assainissement à l'origine de pollution par temps pluvieux.

<sup>65</sup> : La loi de santé publique du 9 août 2004 a imposé aux régions la rédaction d'un PRSP comportant un volet « alerte ». Ce document vise à rendre plus efficaces les systèmes d'alerte sanitaire tout en permettant une meilleure réponse aux menaces sanitaires. Le volet « alerte » du PRAGSUS a été rédigé. Le volet « gestion » n'a pas été élaboré. Cette obligation est reprise dans la loi HPST

<sup>66</sup> : il organise, structure et proportionne la réponse communale dans le cadre de la prévention de la dengue et de la lutte contre les moustiques, Il vise également à favoriser les approches inter communales. Actuellement, seul le plan communal du Moule a été approuvé par le Conseil Municipal.

<sup>67</sup> Paramètre TURBIDITE : elle a pour origine la présence de particules en suspension dans l'eau : une turbidité élevée rend moins efficace les opérations de désinfection.

<sup>68</sup> Hors prélèvements effectués par l'Institut Pasteur

Les recherches d'amibes thermophiles ont abouti à la réalisation de 23 analyses pour la recherche de *Naegleria Fowleri* sur 3 sites de baignades en eaux chaudes. Celles-ci n'ont révélé que de faibles niveaux d'amibes avec une certaine variabilité dans le temps. **Ces contrôles sont à poursuivre aux fins de mise en œuvre de mesures de prévention appropriées.**

- **le contrôle des milieux de vie de l'homme** : l'ARS :
  - constate et dresse toutes les formes de mal logement, en particulier dans le secteur diffus.
  - s'assure de la réalisation du diagnostic technique amiante (DTA) par les établissements de santé et établissements médico-sociaux.
  - effectue des inspections régulières des installations propices au développement des légionnelles au sein des structures sanitaires et médico-sociales.
- **le contrôle de la gestion des déchets d'activité de soins** : depuis en 2009, la filière d'élimination par prétraitement et banalisation des DASRI est constituée de 8 sociétés régulièrement contrôlées. Elles effectuent la collecte en porte à porte ou par apport volontaire des DASRI. Cette filière élimine un gisement approchant 900 tonnes par an. **Les efforts doivent se focaliser sur les producteurs (secteur hospitalier, professionnels de santé et usagers en auto traitement).**
- **les étrangers malades** : En 2010, 933 dossiers ont été instruits soit 424 de plus qu'en 2009 (509) dans le cadre de la procédure « étrangers malades »<sup>69</sup>.

☛ **Le bilan des maladies à déclaration obligatoire (MADO)** : 24 MADO ont été reçus en 2009, 46 en 2010. On peut émettre l'hypothèse que les MADO ne seraient pas toutes déclarées par les professionnels. Les corps médicaux de l'Education Nationale, des armées, du conseil général n'en font pas part systématiquement.

#### ☛ **Enjeux / Problématique : sensibilisation à accroître sur l'intérêt du signalement**

☛ **Le dispositif de lutte contre les IAS : La iatrogénie ou infections associées<sup>70</sup> aux soins\*** : Au regard de ces infections les établissements de santé ont mis en place deux approches complémentaires : **la surveillance** des infections nosocomiales et leurs **signalements**.

**La surveillance** se doit de garantir la qualité des actes médico-techniques (basée sur recommandations nationales).

**Le signalement** : En interne, correspond à un événement indésirable qui peut être géré in situ.  
En externe, correspond à un événement à caractères rares ou particuliers dont la portée va au delà de l'établissement et qui doit être signalé sans délai à l'ARS, au CCLIN à l'INVS.

Le nombre de signalements\* externes et internes depuis 2005 effectués par tous les établissements de santé indique que le nombre de signalements paraît sous estimé quand il est confronté aux données d'analyse nationale. **De gros efforts sont attendus des établissements de santé, médico-sociaux et de l'offre ambulatoire.**

☛ **Le contrôle sanitaire aux frontières :**

L'ARS à travers ce service :

---

<sup>69</sup> Article R 313-22 du CESEDA. le médecin de l'ARS émet un avis sur la base d'un rapport médical confidentiel rédigé par un médecin agréé. Cet avis adressé au Préfet à titre consultatif rend compte des possibilités d'accès au traitement dans le pays d'origine au regard d'une pathologie d'une exceptionnelle gravité en particulier quand elle est d'origine infectieuse

<sup>70</sup> Une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge : diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative d'un patient et si elle n'était ni présente ni en incubation au début de la prise en charge

- Applique et met en œuvre le règlement sanitaire international
- vérifie les opérations de désinsectisation des aéronefs
- diffuse les informations nécessaires sur les plateformes portuaires ou aéroportuaires
- participe, en cas de présence dans un avion d'un voyageur infecté, au contact tracing des passagers de ce vol.

#### 10. Dispositifs de financement de la prévention\* :

- L'ARS dispose de plusieurs enveloppes consacrées en totalité ou en partie au financement de structures socles et d'interventions ciblées ou déployées en population générale. Celles-ci s'ajoutent aux contributions des autres partenaires de la prévention (dont les membres de la commission de coordination des politiques publiques de prévention) ou sont exclusives de toute autre participation.

##### *Sont financés en 2010 :*

##### ☛ Au titre des missions d'intérêt général (MIGAC) : 1 661 738 euros

- les CIDDIST du CHU, du CHBT, du CH de Saint-Martin
- la coordination de la lutte contre le VIH (COREVIH)
- les soins palliatifs
- le dépistage des affections neurovasculaires en CHU
- le diagnostic sérologique de la dengue (hors nomenclature)
- le déploiement de consultations relatives aux maladies hémorragiques
- le centre de référence maladies rares « drépanocytose »

##### ☛ Au titre de l'enveloppe médico-sociale : 3 672 400 euros

- les structures et mesures en faveur de la lutte contre les addictions
- le fonctionnement des appartements de coordination thérapeutique
- le fonctionnement des lits halte santé
- la mise en œuvre de certaines actions du PRAPS portées par le centre de santé Saint-Vincent de Paul

##### ☛ Au titre de l'enveloppe soins de ville : le Fonds d'interventions à la coordination et à qualité des soins de ville (FICQS) : 2 654 249 euros

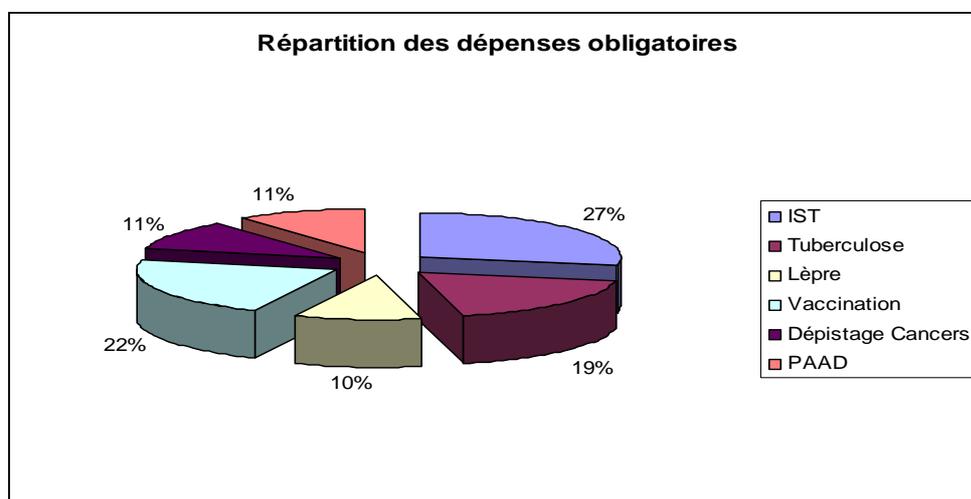
- les 6 réseaux de santé **2 365 403 euros** (baisse de la part régionale de 25 % - financement moyen d'un réseau est de 338 000 euros en baisse de 5 %)
- les projets soins de ville **288 846 euros** (groupes qualités = 153 846 euros, formations de radiologues = 35 000 euros, centre d'implantologie = 100 000 euros)
- réserve en vue de l'évaluation des réseaux : **175 000 euros**

##### ☛ Au titre de l'enveloppe Prévention (anciennement crédits GRSP) : 5 965 025 euros dont 546 000 € provenant de la CGSS branche maladie, régime social des indépendants et régime agricole. 82 % des crédits sont utilisés pour le financement de missions « obligatoires » :

- les structures associées au pilotage de la politique de santé publique :
  - **IREPS** : décline les missions de l'INPES en région (formation en éducation pour la santé, veille et documentation, soutien et appui aux associations dans le montage de projets et évaluation)
  - **ORSAG** : affilié à la FNORS, réalise des études et analyses de bases de données, met à la disposition des services des données chiffrées concernant l'état de santé de la population ;
  - **AGWADEC** : assure le suivi du dépistage organisé des cancers du sein et du colorectal
  - **GIP A-ASPEG** : contribue à la formation des intervenants en addictologie

- les autres promoteurs :

- Entraide Guadeloupe
- AIDES Saint-Martin
- Chrétiens SIDA
- Aide à domicile (AAH) en faveur des personnes vivant avec le VIH<sup>71</sup>
- Les centres de santé habilités (vaccinations, IST, lèpre, tuberculose)



- les autres actions financées représentent 18 % des crédits de prévention :

☛ Au titre des enveloppes Jafa et LAV en 2010 : 3 731 677,40 euros

Enveloppe pluri annuelle relative à Jafa = **3 142 724,40 euros** soit 95 089,40 euros (reçu en 2009 - volet communication du plan chlordécone - versé par le PITE) + 3 047 635 euros (programme Jafa)

LAV = **588 953 euros**

<sup>71</sup>en application d'une circulaire dérogatoire au droit commun datant de janvier 1996 et actuellement en cours d'évaluation par le ministère

## II - Etat des lieux dans le domaine du soin ambulatoire

**Avant-propos** : les effectifs constatés varient en fonction de la source et l'année prises en compte. Pour les besoins de l'observation, les principales références sont celles de l'Assurance maladie (années 2010 et 2011).

L'offre ambulatoire repose sur une **faible démographie des professions médicales**, tandis que celle des **infirmiers** est relativement **plus importante qu'au niveau national**. Les défis à relever ont pour origine le **vieillessement du corps médical** et la dégradation encore plus marquée de la densité de ces praticiens d'ici à 2030, la faiblesse numérique des médecins de 1<sup>er</sup> recours et les **difficultés d'organisation du dispositif de la permanence des soins ambulatoires**.

### A. La démographie des professions de santé\*

- S'agissant de la **situation démographique globale**, au 1<sup>er</sup> janvier 2008 892 médecins sont recensés<sup>72</sup> au sein de l'aire territoriale globale comportant 494 **généralistes** (55,4%) et 398 **spécialistes** (44,6%) et un âge moyen de 49,6 ans.  
La **situation globale des effectifs apparaît alarmante** en dépit de l'augmentation régulière du nombre d'installations<sup>73</sup> ainsi qu'un solde positif des entrées et des sorties. On notera que les effectifs ont doublé entre 1995 et 2005 versus 11% au niveau national. La répartition des médecins spécialistes apparaît déséquilibrée. Ils se concentrent dans les zones urbaines, à proximité des centres hospitaliers. Les **densités médicales<sup>74</sup> par commune**, en dépit de la faiblesse des effectifs, indiquent des proportions globalement réparties sur l'ensemble du territoire. **A titre prospectif<sup>75</sup>**, et en reconduisant les variables actuelles, on devrait assister à une **réduction des effectifs des médecins généralistes libéraux à l'échéance de 2030**.
- La **pyramide des âges\*** indique un âge moyen de départ à la retraite de 66 ans pour l'ensemble des DOM, 79% sont des médecins généralistes.  
Les médecins généralistes sont âgés en moyenne de 50 ans. 63% ont recours au mode d'exercice libéral ; 63% des libéraux ont moins de 55 ans versus 64% en moyenne nationale. Les médecins spécialistes sont âgés en moyenne de 51 ans. 55% ont recours au mode d'exercice salarié en établissement de santé.
- Le **nombre des médecins remplaçants a progressé de 640 % entre 1998 et 2008**, la progression a été très forte chez les femmes, car estimée à + 1800% en 20 ans. Et c'est la Guadeloupe qui enregistre la plus forte évolution parmi les 4 DOM.
- S'agissant de la **répartition et des typologies des effectifs<sup>76</sup>** :
  - **331 médecins généralistes** sont installés dans le département. La densité moyenne des médecins généralistes est de 78/100 000 habitants. La commune de Vieux-Fort est dépourvue d'installation de médecins généralistes.
  - **268 médecins spécialistes** sont installés pour une densité de 63/100 000 habitants.
  - **178 chirurgiens dentistes** sont installés. La densité est de 42/100 000 habitants. on relève une absence d'effectifs pour 9 communes ainsi qu'une faible densité pour 15 communes. L'âge moyen est de 42 ans chez les femmes versus 53 ans chez les hommes. 71% des effectifs sont des hommes
  - **29 sages-femmes** sont installées. On note une absence d'installation pour l'année 2010. Les effectifs sont relativement jeunes (âge moyen : 42 ans) et exclusivement féminins.

<sup>72</sup> Fichier ADELI

<sup>73</sup> La région enregistre 13 nouvelles inscriptions entre 2007 et 2008. La base ADELI indique de 2003 à 2008 des installations de 32 généralistes et 26 spécialistes. Si l'évolution est globalement positive sur le département, certaines communes ont perdu quelques médecins : 19 médecins généralistes ont quitté les communes de Capesterre Belle Eau (- 4), Basse-Terre (- 4), Bouillante (-1), Lamentin (- 2), Pointe-à-Pitre (- 5), Petit -Canal (- 1), Terre de bas (- 1). 20 spécialistes sont partis également de Pointe-à-Pitre (- 14), Sainte-Rose (- 2), Saint-Claude (- 1), Saint-François (- 1), Saint-Barthélemy (- 1), Saint-Martin (- 1).

<sup>74</sup> Les « zones médicalement sous dotées » ont fait l'objet d'un arrêté en janvier 2007. Une réactualisation est en cours.

<sup>75</sup> Voir travaux ARS - SESAG, 27 Octobre 2009

<sup>76</sup> Les données sur les effectifs sont issues de la CGSS et concernent essentiellement les années 2010 et 2011.

- **165 pharmaciens d'officine\*** sont installés pour une densité de 41/100 000 habitants (20 communes présentent une densité inférieure). Les communes de Vieux-Fort et Terre de Bas sont dépourvues d'installation.
- **31 laboratoires\*** sont installés dont 26 d'analyses médicales et 5 polyvalents pour une densité de 7/100 000 et une répartition sur 14 communes.
- **779 infirmiers libéraux\*** sont installés pour une densité de 183/100 000 habitants. Le point notable est la concentration des installations<sup>77</sup>. 88 installations (Grande-Terre, Côte sous le vent, Saint-Martin) sont recensées en 2010 versus 21 départs. L'âge moyen est de 47,4 ans pour une profession majoritairement féminine (85%).
- **364 masseurs-kinésithérapeutes\*** sont installés<sup>78</sup> pour une densité de 85/100 000 habitants. On ne note aucune installation<sup>79</sup> dans les communes suivantes : Anse-Bertrand, Capesterre de Marie-Galante et Terre-de-Bas. La profession se caractérise par sa jeunesse.
- **S'agissant des transports sanitaires\*, 51 entreprises d'ambulanciers et 44 taxis sont installés.**
- **Autres professions de santé.** Sont installés, 87 orthophonistes\*, 17 orthoptistes\*, 59 pédicures podologues\*, 23 ergothérapeutes\*, 38 psychomotriciens\*, 130 manipulateurs ERM\*, 7 audioprothésistes\*.

## **B. La formation des professionnels de santé\***

- La faculté de médecine a initialement accueilli à sa création en 1988 des étudiants de 3ème cycle (TCEM). Elle obtient l'autorisation d'accueillir la première année en 1998 (PCEM 1), la deuxième en 2008 (PCEM 2), en 2009 la troisième année (DCEM1). **En 2011, elle enregistre 860 inscrits de 1ère année pour l'ensemble des 3 régions ; les enseignements de deuxième année (85 étudiants) et de troisième année (89) sont réalisés en Guadeloupe.** Les autres années du cycle sont réalisées au sein d'universités hexagonales dont celle de Bordeaux.
- Le **numerus clausus\*** est de **85** pour l'année 2010-2011 (10,3 % des inscrits). Les **internes<sup>80</sup> Antilles-Guyane sont au nombre de 292 inscrits.** 249 ont procédé au choix de leur spécialité définitive en s'inscrivant en DES (diplômes d'études spécialisées) et DESC (diplômes d'études spécialisées et complémentaires). Parmi eux, 140 ont fait le choix de la médecine générale. Depuis 2004, date de création de la subdivision AG, 132 internes AG ont terminé leur cursus : 52 de médecine générale, 86 de spécialités hors médecine générale. Plus de la moitié ont soutenu leurs thèses dans la région.
- **Afin d'enseigner et encadrer la formation des étudiants et internes,** la faculté comptabilise 19 PU-PH dont 1 associé en médecine nucléaire, 1 PU associé de médecine générale à mi-temps, 6 MCU-PH, 16 postes de chefs de clinique. La faiblesse numérique de l'équipe et l'insuffisance des surfaces immobilières disponibles ont constitué des freins à la création dès la rentrée 2011 de la 4ème année de médecine<sup>81</sup>.

<sup>77</sup>En 1er lieu dans les communes : Abymes (92), Pointe-à-Pitre (74), Basse-Terre (57), Le Moule (46), Capesterre-Belle-Eau (41) et Saint-Martin (36) ; En second lieu dans les communes de Sainte-Rose (33), Baie-Mahault (35), Gosier (35), Sainte-Anne (35), Morne-À-L'eau (29), Petit-Bourg (29) et Saint-François (24).

<sup>78</sup> La concentration concerne les communes du Gosier (36), Baie-Mahault (30), Saint-Martin et Basse-Terre (26), Le moule (23) puis Pointe-à-Pitre, Saint-François, Petit-Bourg et les Abymes (20).

<sup>79</sup> En 2010, 64 installations sont recensées versus 37 départs.

<sup>80</sup> La rémunération des internes leur est versée par les CHU AG de rattachement (enveloppes réservées aux missions d'intérêt général, MIGAC) quand ils y sont affectés en stage, et par l'Etat pendant leur parcours en ambulatoire chez le médecin généraliste (40 médecins agréés en 2011 en Guadeloupe).

<sup>81</sup> Mesure inscrite au rang des mesures du CIOM en 2009.

- La loi HPST a introduit 2 modifications essentielles dans les modalités du parcours de l'internat en médecine : une **définition pluri annuelle des effectifs et un ciblage régional par spécialité pour assurer le mieux possible le renouvellement des médecins** pour des disciplines où le vieillissement est le plus marqué et où s'expriment les besoins les plus aigus. La **région des Antilles et de la Guyane devrait former entre 2010-2014, 647 internes** : 395 de médecine générale, 198 de spécialités médicales et de gynécologie-obstétrique, 54 de chirurgie. Cette augmentation doit obliger à une adaptation des capacités de formation, spécialité par spécialité. A cette fin, la loi HPST prévoit l'ouverture de terrains de stages dans les services des établissements privés, dans certains cabinets de médecins libéraux et maisons de santé sous réserve d'agrément.
- S'agissant des autres professions, on note le numerus clausus fixé à 11 pour les dentistes, 24 pour les sages-femmes, 3 pour les pharmaciens. S'agissant des professions paramédicales<sup>82</sup> on notera pour illustration 122 pour l'IFSI, 50 pour les AS, 16 pour les AP, 25 pour les puériculteurs, 15 pour les IADE, 20 pour les ambulanciers et auxiliaires, 20 pour les opticiens-lunettiers, 25 pour les préparateurs en pharmacie.

### C. La coordination des professionnels de santé

- **Le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) finance :**
  - des actions et des expérimentations relatives aux soins concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé.
  - le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux.
  - des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde.
  - des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé.
- **Concourt à :**
  - des actions ou à des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire.
  - la mise en œuvre du dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36-1 et, notamment, au développement d'une offre d'hébergement, au sens de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.
- Les actions de soutien à la coordination ont porté sur le **financement de 6 réseaux de santé** comme suit :
  - **Réseau KARUKERA ONCO (2001)** (promoteur : Association Guadeloupéenne de Cancérologie) : développement et promotion des activités de prévention, de dépistage et de traitement des cancers, de prise en charge globale des situations lourdes (financement du FIQCS 2010 de 358 000.00 €)

---

<sup>82</sup> En projet (réflexion engagée et pilotée par une instance inter régionale): la création d'un Institut Antilles-Guyane de formation aux métiers de la santé conformément aux préconisations du plan santé outre-mer de juillet 2009 pour le développement et le renforcement des appareils de formation paramédicale, de leur attractivité et l'ouverture aux pays voisins.

- **Réseau HTA GWAD** (2001) (promoteur : Association Groupe HTA Guadeloupe) : coordination de la prise en charge des patients hypertendus (accueil, information, prévention dans le domaine de l'hypertension artérielle) (financement du FIQCS 2010 de 334 000.00 €)
- **Réseau DIABETE** (2001) (promoteur : Association KARU DIABETE) : coordination de l'action des professionnels de santé autour des patients en vue d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins, renforcement de la prise en charge éducative et la prévention primaire et secondaire (financement du FIQCS 2010 de 329 000.00 €)
- **Réseau GRANDIR** (2007) (promoteur : Société Guadeloupéenne de Pédiatrie) : promotion de la prise en charge globale et ambulatoire des enfants et adolescents, le dépistage et l'organisation précoce des soins, la coordination des actions, l'information et la formation des professionnels de santé et des familles dans les domaines du handicap, de la santé des adolescents, des troubles nutritionnels et des maladies chroniques (financement du FIQCS 2010 de 397 000.00 €)
- **Réseau ADDICTIONS** (2005) (promoteur : GIP A-ASPEG) : coordination de la prise en charge des patients présentant des conduites addictives associées à des co-morbidités somatiques, psychiques ou sociales (financement du FIQCS 2010 de 355 000.00 €)
- **Réseau KARU ASTHME** (2001) (promoteur : Association KARU Asthme) : promotion d'une meilleure prise en charge de l'asthme, par les professionnels de santé, les patients et les familles, d'assurer un meilleur contrôle de la maladie au travers de l'éducation thérapeutique (financement du FIQCS 2010 de 464 000.00 € ) ; une ligne budgétaire est dédiée depuis 2008 à l'amélioration de la prise en charge des patients souffrant de troubles obstructifs respiratoires au cours du sommeil ( **SAHOS** - financement du FIQCS 2010 de 128 000.00 €).
- **Les actions d'amélioration de la qualité des soins de ville :**
  - **La prise en charge en 2009 du surcoût lié à la formation des médecins radiologues** (promoteur : Syndicat Régional des Médecins Radiologues de Guadeloupe).
  - **Le Centre d'Implantologie en Guadeloupe** (2007) (promoteur : Association pour le Développement de l'Implantologie en Guadeloupe) dont l'action s'intègre dans le domaine de la sécurité sanitaire (suivi, traçabilité), de l'amélioration de la qualité des soins bucco-dentaires (financement du FIQCS 2010 de 100 000.00 €).
  - **Le Groupe Qualité** (2009) (promoteur : Association Groupe Qualité Guadeloupe) a pour rôle d'animer une coordination entre les médecins de ville favorisant l'échange interprofessionnel entre les médecins, l'information, l'évaluation professionnelle, la formation continue, la lutte contre l'isolement des médecins et d'assurer un lien entre les médecins de ville, l'Assurance Maladie, l'Agence Régionale de Santé (financement du FIQCS 2010 de 154 000.00 €).
- **Les modes d'exercice collectif.** Il n'existe à ce jour aucune Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP), Pôle de Santé ou autre structure de ce type. Certains médecins exercent toutefois sous des formes associatives<sup>83</sup>. On relève deux modalités d'exercices en particulier :
  - **Le centre Médical de l'Aéroport (CMA)**<sup>84</sup> situé dans l'enceinte de l'Aéroport International Pôle Caraïbes (Les Abymes) assure une prise en charge médicale et infirmière 7 jours sur 7

<sup>83</sup> En médecine générale : Cabinet de groupe en association : 13, Collaborateurs libéraux : 9 / En spécialités Cabinets d'association: 10 ; Collaborateurs libéraux : 3

<sup>84</sup> Quatre principaux types de soins sont assurés au CMA : les soins d'urgence et de consultations de médecine générale ; les soins infirmiers et les bilans biologiques ; les vaccinations ; l'accès au traitement 7/7 (la situation du CMA est contiguë à la pharmacie de l'aéroport ouverte jusqu'à 22H00).

selon un horaire d'accueil de soins non programmé de 9H00 à 23H00 en service continu sans rendez-vous.

- **Allo docteur** situé à Baie-Mahault avec un périmètre d'intervention étalé sur le sud Grande-Terre et sur le nord Basse-Terre pour les visites à domicile.

#### D. Aspects économiques et financiers relatifs aux professions de santé

- **Les dépenses remboursées de prestations des médecins libéraux** au 30 septembre 2010 sont de 191 746 233 euros. Elles ont augmenté de 9,9% par rapport à la même période 2009. Les recettes des honoraires des médecins libéraux ont augmenté de 12,1%.
- Les dépenses de prestations remboursées des **sages-femmes libérales** en 2010 sont de 2 453 354 euros. Elles ont augmenté de 4,1% par rapport à l'année 2009. A noter une forte augmentation des examens de suivi de grossesse de 110,5% et des examens de suivi de post natal de 241,0%.
- Les dépenses remboursées de santé liées aux **prescriptions de médicaments** ont diminué de 0,3% en 2009 pour atteindre 100 051 976 euros. Les prescriptions de médicaments représentent 72% chez les généralistes contre 28% chez les spécialistes. Les dépenses remboursables de prestations en 2009 ont diminué de 5,7% par rapport à l'année 2008. Elles atteignent 32 904 779 euros en 2009. Les actes AMI (actes pratiqués par infirmiers, hors actes infirmiers de soins) s'élèvent à 9 050 et ont augmenté de 13,5% en 2009.
- Les dépenses de santé remboursées de prestations **d'infirmiers libéraux** au 30 septembre 2010 sont de 50 277 084 euros. Les actes AIS (actes infirmiers de soins) ont augmenté de 21,1% (13 085 763 euros). Les démarches de soins infirmiers ont augmenté de 87,3% en Martinique contre 2,8 % en Guadeloupe. Elles s'élèvent à 30 728 euros en Guadeloupe au 30 septembre 2010 contre 4 804 euros en Martinique.
- Les dépenses de santé remboursées des **masseurs-kinésithérapeutes libéraux** s'élèvent à 15 901 306 euros en 2010. Elles ont augmenté de 10,2% entre 2009 et 2010. Elles suivent une augmentation d'environ 6,2% sur la période 2008-2010. Les actes AMS (Actes de kinésithérapie ostéo-articulaire) ont augmenté de 16,2% entre 2009 et 2010. Ils suivent une croissance de 10,6% entre 2008 et 2010.
- Le montant remboursé des dépenses de prestations **d'orthophonistes** a augmenté de 14,4% entre 2009 et 2010. Il est plus élevé en Guadeloupe qu'en Martinique et en Guyane. Le taux de croissance annuel moyen est de 9,6% entre 2008 et 2010. Le montant des dépenses en 2009 2 533 322 euros.
- Les honoraires privés des **dentistes** en 2009 s'élèvent à 10 597 987 euros, soit une augmentation de 0,3% par rapport à 2008. L'augmentation des soins d'orthodontie est de 18,8% sur la même période. Les actes chirurgicaux ont diminué de 22,1% pour atteindre un nombre inférieur à 10 000 (9 191 actes).
- **S'agissant des transports sanitaires.** En 2009, le montant des dépenses remboursables relatives aux **ambulanciers** s'est élevé à 13 516 141 euros<sup>85</sup>, soit une diminution de 6,9% en raison de la baisse des montants remboursables liés au transport des malades par le biais de VSL (-17,7%). Pour les **taxis** les dépenses de santé remboursées liées aux transports des taxis ont diminué<sup>86</sup> de 0,8% en 2009 passant de 8 085 536 euros à 7 798 414 euros entre 2008 et 2009.

---

<sup>85</sup>Les montants remboursables de Véhicules Sanitaires Légers ont atteint 6 491 857 euros alors que ces montants en ambulance ont représenté 7 024 284 euros.

<sup>86</sup> Parallèlement, on observe une augmentation des dépenses dans les autres DOM (+20% en Martinique, +76% en Guyane et +53% à la Réunion).

## E. Le dispositif de la permanence des soins\*

- La **Permanence Départementale des Soins Ambulatoire (PDSA)** est organisée et fonctionne sur la base d'un cahier des charges, fixé par arrêté préfectoral et autour d'une instance, le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS)<sup>87</sup>. Le dispositif est déterminé autour de **11 secteurs de permanence des soins**<sup>88</sup>. Il prévoit les modalités de mise en œuvre de la régulation médicale des appels (ambulatoire et SAMU), la tenue de tableaux de permanence en secteur ambulatoire organisée par l'ADGUPS (Association Départementale des Gardes Urgences et Permanence des Soins). La répartition géographique des secteurs prend en compte le caractère archipélagique de la région ; la densité de la population ; les habitudes d'exercice des médecins effecteurs.
- **L'organisation du dispositif régional**<sup>89</sup> porte sur la mise en place de la permanence des soins non programmés, les transports sanitaires, le bon usage de la permanence des soins ambulatoire :

**S'agissant de la permanence des soins non programmés**, le dispositif acté est le suivant :

- la régulation tend à s'organiser sur le site unique du SAMU/SMUR/Centre 15 au Centre hospitalier universitaire ;
- la suppression des gardes et astreintes en nuit profonde, remplacée par la prolongation de la régulation libérale ;
- la réorganisation de certaines maisons médicales de garde (secteurs 2,5) ;
- la possibilité d'assurer la garde médicale au cabinet médical de l'effecteur ;
- la prise en compte financière des jours fériés et chômés locaux ;
- l'homogénéité des secteurs de garde des professions concernées

**S'agissant des transports sanitaires**, deux orientations sont actées :

- le maintien des contrôles des véhicules de transports sanitaires catégorie C
- la mise en place d'un observatoire des transports sanitaires et non sanitaires

**Le bon usage de la permanence des soins ambulatoire** devrait principalement reposer sur une campagne d'information auprès des professionnels de santé et une sensibilisation du public.

- **121 médecins**<sup>90</sup> participent à la permanence des soins, **111 sont non volontaires et 58 sont répertoriés sans étiquette**, **4 permanenciers sont affectés à la régulation libérale**. L'ADGUPS organise la garde médicale dans les différents secteurs de garde sous forme d'une présence médicale dans une **Maison Médicale de Garde (MMG)** associée, au minimum, à un médecin d'astreinte.

---

<sup>87</sup> Composition fixée par arrêté conjoint de la DGARS et du Préfet, arrêté ARS/POS n°2011-24 du 14 février 2011

<sup>88</sup>

Zone de la Grande-Terre : 3 secteurs Secteur 1 : Abymes/ Pointe-à -Pitre/ Gosier/ Baie- Mahault;

Secteur 2 : Morne-à -L'eau /Petit Canal/ Port Louis/ Anse Bertrand ; Secteur 3 : Sainte-Anne/ Saint-François/ Le Moule;

Zone de la Basse-Terre : 3 secteurs

Secteur 4 : Petit Bourg/ Goyave/ Capesterre / Trois Rivières ; Secteur 5: Gourbeyre/Vieux-Fort/Basse-Terre/Saint-Claude/Baillif/Vieux-Habitants/Bouillante ; Secteur 6 : Pointe Noire/ Deshaies/ Sainte-Rose/ Lamentin ;

Secteur 7 : Marie-Galante ; Secteur 8 : Les Saintes ; Secteur 9 : La Désirade ; Secteur 10 : Saint-Martin ; Secteur 11 : Saint-Barthélemy.

<sup>89</sup> On relèvera que les sectorisations des gardes de pharmacies, ambulances et médecins ne sont pas homogènes.

<sup>90</sup> Sur 331 médecins déclarés au Conseil de l'Ordre des Médecins au 16 Mai 2011.

Actuellement, seuls 5 secteurs sur les 6 secteurs de garde « continentaux » disposent d'une MMG ; celle du secteur 2 a fermé.

Les amplitudes horaires des gardes et astreintes en ambulatoires assurées par un total de 11 à 15 médecins de ville, supervisées par l'ADGUPS varient selon les jours de la semaine<sup>91</sup>.

Le financement de l'ADGUPS est assuré sur le **Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS)** pour un montant de 401 472 € en 2010. Il comprend le fonctionnement des MMG des 5 secteurs de garde « continentaux » (fourchette haute 49 425 € pour la MMG3 et fourchette basse de 36 949 € pour la MMG 5) ainsi que la régulation médicale libérale (logiciel, frais généraux, services extérieurs, charges de personnel pour un montant de 189 243 €).

- Le **financement des gardes et astreintes et de la régulation médicale** est assuré sous la forme d'un versement direct réalisé par l'Assurance Maladie (Caisse Générale de Sécurité Sociale - CGSS) à l'ADGUPS. Il se présente selon deux types de forfaits ainsi versés : le forfait « gardes et astreintes » et le forfait « régulation médicale ».

Selon les données transmises en 2010 par l'ADGUPS, les montants versés en 2009 sont respectivement de 672 850.00 € (forfait « gardes et astreintes ») et de 333 960.00 € (forfait « régulation médicale »), ce qui indique une **enveloppe régionale totale de 1 006 810.00 € versée par l'Assurance Maladie au titre de la PDSA.**

- Les **modalités d'organisation de réception et de régulation des appels** reposent sur deux sites distincts, le **SAMU<sup>92</sup> Centre 15** basé au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et le **Centre d'appel et de régulation libérale<sup>93</sup> de l'ADGUPS** (n° d'appel au 05.90.90.13.13). Une traçabilité des appels et coordination sont assurées entre les deux centres.

La **régulation médicale hospitalière** coordonne les demandes de transport de malades ou de blessés nécessitant un accompagnement médical ; elle supervise tout appel sur la voie publique ou lieu public ou émanant d'un établissement de santé public ou privé, les appels impliquant une action collective de même que les demandes de transports intra ou inter hospitaliers. Relèvent du **centre de régulation libérale de l'ADGUPS** les appels concernant les affections autres que celles qui ne nécessitent pas a priori une évacuation immédiate vers un service d'urgence.

---

<sup>91</sup> Du lundi au vendredi : de 20H00 à 00H00 ; le samedi : de 12H00 à 00H00 ; le dimanche : de 08H00 à 00H00

<sup>92</sup> Composée de 13 médecins (3 titulaires, 3 contractuels et 7 attachés) et de 9 Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM) les amplitudes horaires 24H/24 de la régulation hospitalière du SAMU Centre 15, sont les suivantes : activités de jour : de 08H00 à 18H00 ; activités de nuit : de 18H00 à 08H00.

<sup>93</sup> Composée de 2 médecins régulateurs et de 3 à 4 PARM (selon les tranches horaires), les amplitudes horaires de la régulation libérale de l'ADGUPS sont les suivantes : du lundi au vendredi : de 14H00 à 22H00 et de 22H00 à 06H00 ; le samedi : de 12H00 à 21H00 et de 21H00 à 06H00 ; le dimanche : de 8H00 à 19H00 et de 19H00 à 06H00.

### III - Etat des lieux dans le domaine du soin hospitalier

#### Introduction

Le SROS III a consacré le principe d'un **recours à l'offre de soins de façon graduée** en l'organisant de la proximité jusqu'au niveau de soins de haute technicité d'une part, en favorisant une **couverture territoriale adéquate d'offre de services** d'autre part.

Le **Centre Hospitalier Universitaire** a été consolidé dans sa capacité de répondre à l'offre de premier recours jusqu'aux activités réputés spécialisées voire hyperspécialisées indiquées par sa mission de centre de radiothérapie, sa vocation à prendre en charge les chirurgies du cancer, la greffe rénale, les grands brûlés, la neurochirurgie. **Deux sites publics CHBT et CHU** ont vocation à la prise en charge des soins critiques et lourds (prise en charge des urgences lourdes, filière réanimation dont néonatale).

Du point de vue des services et activités, les éléments de bilan mettent en relief :

- **Les soins de moyen séjour (soins de suite)\*** ayant fait l'objet d'une répartition équilibrée sur le plan territorial et sur le plan public/privé
- la **couverture territoriale par les services d'HAD\***
- **l'offre de services en psychiatrie\*** intégrant l'efficacité des modes de prise en charge alternatifs/externes (secteurs, CMP, équipes mobiles), les soins pour personnes sous main de justice.
- les bases la **structuration de la filière gériatrique** portant sur les programmes de reconstruction d'établissements participant à la prise en charge des personnes âgées (CGR, Beuperthuy, Capesterre).

Les éléments de bilan de l'offre de soins s'appuieront notamment sur l'observation des **résultats des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS)\* pour l'année 2009** qui depuis l'entrée en vigueur du SROS III se sont substitués aux notions de lits et place.

#### A. Bilan de l'activité hospitalière par discipline

##### 1. S'agissant de la médecine\*

- **16 sites de médecine** sont répartis au sein des territoires de santé comme suit.
  - Au sein du territoire Centre : 8 établissements<sup>94</sup>
  - Au sein du Territoire Sud Basse-Terre : 6 établissements<sup>95</sup>
  - Au sein du Territoire des îles du Nord : 2 établissements<sup>96</sup>
- Les **objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) pour l'aire territoriale globale** arrêtés au titre du SROS III s'étaient sur une fourchette de **51 800 à 65 050 séjours**. Depuis 2006 (excepté une diminution en 2007) les résultats observés sont constants et approchent en moyenne les 55 000 séjours constatés. Pour illustration en 2009, le volume d'activité est de 55 095 séjours. Il n'est donc pas observé de dépassement d'OQOS pour la discipline. En revanche, on note une forte disparité entre les résultats car 8 établissements ne parviennent

---

<sup>94</sup> 3 hôpitaux publics, 5 cliniques privées : CH LD Beuperthuy, CH Sainte-Marie, CHU, Choisy, Eaux-Clares, Eaux-Marines, Polyclinique de la Guadeloupe, Polyclinique Sainte-Christophe

<sup>95</sup> 3 hôpitaux publics, 3 cliniques privées : CHBT, CH Maurice Selbonne, HLCBE, CMS, Saint-Pierre, Eaux-Vives

<sup>96</sup> 2 hôpitaux publics : Louis-Constant Fleming, Bruyn

pas à atteindre leur fourchette minimale d'activité<sup>97</sup>. On note également un transfert d'activité du secteur public vers le secteur privé.

- En termes de **parts de marché** entre les sites, les résultats pluriannuels apparaissent également constants, avec **4 sites** qui se démarquent en 2009 pour l'essentiel au-delà des 10%, selon les proportions suivantes : CHU (39,9%), Eaux-Claires (13,2%), CHBT (13,1%), CMS (10,2%).
- Le **CHU**, en dépit d'une baisse constatée de son activité, présente une attractivité notable dans la discipline. **4 des 6 établissements du Sud-Basse-Terre** présentent une activité inférieure aux OQOS qui leur ont été alloués (Selbonne, HLCBE, Saint-Pierre, Eaux-Vives). Les résultats de la Polyclinique Saint-Christophe (en deçà du seuil minimal) et du Centre Hospitalier à **Marie-Galante** (au dessus du seuil maximal) posent la question de la pertinence de la répartition de l'offre de soins entre les deux établissements. C'est également le cas pour la dilution de l'offre en médecine de proximité des **établissements de la Côte sous le vent** qui présentent des résultats inférieurs aux OQOS alloués. Deux établissements privés<sup>98</sup> dépassent régulièrement leurs seuils d'activité.
- L'observation des résultats confirme que le **développement de l'activité de médecine dépend de la présence d'un plateau technique étoffé** (IRM, laboratoires d'analyses et de biologie médicale). Inversement la faible occupation des lits, l'étroitesse du plateau technique pourraient expliquer le déficit d'activité.

#### ➤ **Enjeux / Problématique : restructuration de l'activité de médecine pour les sites de proximité**

##### 2. S'agissant de la chirurgie\*

- **7 sites de chirurgie** sont répartis au sein des territoires de santé comme suit :
  - Au sein du territoire Centre : 4 établissements<sup>99</sup>
  - Au sein du Territoire Sud Basse-Terre : 2 établissements<sup>100</sup>
  - Au sein du Territoire des îles du Nord : 1 établissement<sup>101</sup>
- Les **objectifs quantifiés de l'offre de soins pour l'aire territoriale globale** arrêtés au titre du SROS III s'étaient sur une fourchette de **21 000 à 28 950 séjours**. Depuis 2006, les résultats régionaux indiquent une progression constante (excepté une sensible diminution entre 2008 et 2009) et approchent une moyenne annuelle de 25 000 séjours (25 008 séjours en 2009). Il n'est pas noté de dépassement d'OQOS pour la discipline.
- En termes de **parts de marché**, **4 établissements** se distinguent au cours des 3 dernières années, notamment en 2009 selon les proportions suivantes : Eaux-Claires (35,8%), CHU (24,7%), Polyclinique de la Guadeloupe (12,2%), CHBT (9,6%).
- A partir de 2009, on peut constater une part de transfert d'activité au profit du secteur public. Ce transfert peut s'expliquer par le développement de **l'activité de chirurgie ambulatoire** au sein des structures publiques, qui assurent traditionnellement l'offre chirurgicale de recours et de référence (chirurgies spécialisées voire hyperspécialisées, interventions lourdes).
- **Observations globales sur la chirurgie ambulatoire pour les régions d'outre-mer**. En termes de consommation, les quatre régions ont des taux de recours à la chirurgie et à la chirurgie ambulatoire très inférieurs aux taux nationaux. Toutefois la part des séjours pris en charge en ambulatoire dans deux régions ont un taux inférieur au taux national (Guyane et

<sup>97</sup> La répartition est paritaire dans les 2 cas : 2 hôpitaux et 2 cliniques au sein des territoires « continentaux » : Territoire Centre : Beuperthuy, CHU / Eaux-Marines, Polyclinique Sainte-Christophe - Territoire Sud-Basse-Terre : Selbonne, HLCBE / Saint-Pierre, Eaux-Vives

<sup>98</sup> Eaux-Claire et Polyclinique de la Guadeloupe

<sup>99</sup> CHU, CH Sainte-Marie, Eaux-Claires, Polyclinique de la Guadeloupe

<sup>100</sup> CHBT, Saint-Pierre

<sup>101</sup> CHB L-C Fleming

Martinique) et deux régions on un taux supérieur (Guadeloupe et Réunion). En termes de production le taux de chirurgie ambulatoire est proche du taux des séjours pris en charge en ambulatoire, sauf pour la Guyane. Pour la Guadeloupe, le taux de chirurgie ambulatoire au titre de sa consommation est de 40,6% versus 41,6% au titre de sa production. Ces résultats sont proches de ceux de la Réunion qui présente pour les mêmes catégories des résultats de 40,7% versus 41,5%. En Martinique les résultats sont de 33,5% versus 33%. Au niveau national 36,2% en consommation versus 36,2 en production.

☞ **Enjeux / problématique : Poursuite du développement de l'activité de chirurgie ambulatoire - restructuration de l'activité chirurgicale pour les sites de proximité.**

### 3. S'agissant des soins de suite de réadaptation et de rééducation\*<sup>102</sup>

- **Définition / Missions de l'activité de SSR** : prévenir, réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations des capacités des patients et promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. L'activité comprend le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique.
- **19 sites de SSR** sont répartis au sein des territoires de santé comme suit :
  - Au sein du territoire Centre : 8 établissements<sup>103</sup>
  - Au sein du territoire Sud Basse-Terre : 9 établissements<sup>104</sup>
  - Au sein du Territoire des îles du Nord : 2 établissements<sup>105</sup>
- **Les objectifs de l'offre de soins pour l'aire territoriale globale au titre du SROS III s'étaient de 150 910 à 241 420 séjours en hospitalisation complète et de 15 750 à 24 820 entrées en hospitalisation de jour.** Depuis 2006, les résultats observés augmentent de façon régulière tout en restant conformes aux bornes fixées. L'analyse par établissement met en relief des dépassements d'OQOS parfois significatifs (CMRL, Choisy, Espérance, Saint-Christophe).
- En termes de **territoires de santé**, on note la forte représentation de l'hospitalisation complète en Sud Basse-Terre tandis que l'hospitalisation de jour se présente en deçà du seuil minimal d'activité. La **répartition d'activité public/privé** en hospitalisation complète indique une activité croissante dans le secteur privé (dont un excès en 2009 : 139 772 journées vs 137 990 seuil maximal régional pour le privé) ; une activité en deçà de la fourchette minimale dans le secteur public (ex en 2009 : 59 938 séjours vs 64 660 seuil minimal régional pour le public).
- L'observation des résultats par établissement s'explique par le niveau d'avancées des **programmes de reconstruction et ou d'autorisation non mis en œuvre à ce jour dans le secteur public** (CGR, HLCBE, Saint-Martin, CHBT).

☞ **Enjeux / problématique : poursuite de l'équilibre territoriale - Coordination régionale des structures - intégration de l'activité dans des parcours de soins**

### 4. S'agissant de la périnatalité et de l'IVG\*

- **Définition** : le champ de la périnatalité couvre la période située entre la 28<sup>ème</sup> semaine de grossesse (6 mois) et le septième jour après la naissance.
- **6 sites** sont répartis au sein des territoires de santé comme suit :
  - Au sein du territoire Centre : 4 établissements  
CHU<sup>106</sup> (Niveau III)

<sup>102</sup> Le volet SSR du SROS III a fait l'objet d'une révision en décembre 2009

<sup>103</sup> CGR, Beaufort, Sainte-Marie, CHU, Choisy, l'Espérance, Eaux-Marines, Saint-Christophe

<sup>104</sup> CHBT, Selbonne, HLCBE, CMRL, Kalana, Manioukani, CMS, La Violette, Eaux-Vives

<sup>105</sup> Louis-Constant Fleming, Bruyn

<sup>106</sup> Le dispositif hospitalier est complété par l'autorisation en procréation médicalement assistée.

Sainte-Marie, Eaux-Claires, Polyclinique de la Guadeloupe (Niveau I)

- Au sein du territoire Sud Basse-Terre : 1 établissement

CHBT (Niveau III)

- Au sein du Territoire des îles du Nord : 1 établissement

CH Louis Constant Fleming (Niveau II+)

- On constate une baisse d'activité excepté au sein du territoire Centre (augmentation de 2,6% entre 2008 et 2009). Les deux établissements privés du territoire enregistrent une augmentation de leur activité. Entre 2008 et 2009 l'activité du secteur public décline de 4% tandis que celle du secteur privé augmente de près de 11%.
- Du point de vue du nombre de naissances, on relève le très faible nombre de naissances à l'hôpital de Marie-Galante (103 naissances en 2009) et en ce qui concerne les lits de réanimation néonatale, l'installation réduite du nombre de lits au niveau régional (CHBT 4 sur 6 versus CHU 10 sur 12).

☞ **Enjeux / problématique : répartition territoriale adéquate et sécurisée des niveaux de maternité - amélioration du suivi de la grossesse - information des professionnels.**

- Les grands constats pour la filière sont constitués par une diminution du nombre de naissances, un nombre significatif d'accouchements par césarienne, des taux de mortalité infantile et maternelle élevés ainsi que l'augmentation du nombre de nouveau-nés en surpoids.

Certains aspects affectant la prise en charge relèvent de problématiques partagées avec le secteur médico-social : transports périnataux et in utero, fréquence des hospitalisations en cours de grossesse, contraintes socio-économiques affectant des populations spécifiques (femmes isolées, précarité, couverture sociale des femmes enceintes).

☞ **Enjeux / problématique : s'agissant de la mortalité maternelle une investigation systématique et exhaustive des cas est essentielle à l'identification et à la compréhension de la survenue des décès pour ensuite agir sur les causes.**

- S'agissant de l'IVG, l'offre est assurée par les établissements de santé et les praticiens de ville<sup>107</sup>, les pharmacies d'officine délivrant à la contraception d'urgence. Les indicateurs demeurent élevés : 1<sup>er</sup> taux régional de recours à l'IVG (41,5 pour 1000 femmes en 2003) ; IVG de récurrence élevée (42% en Guadeloupe vs 20% en moyenne nationale).

☞ **Enjeux / problématique : les causes de décès d'enfants de moins de 1 an survenus entre 2000 et 2008 dans les DOM devraient être mieux décrites puis régulièrement suivies à partir de l'analyse des certificats de décès.**

## 5. S'agissant de la réanimation<sup>108</sup>

- **Définition :**

Les soins de réanimation sont destinés à des personnes présentant ou susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital.

Les soins intensifs répondent aux besoins des patients présentant ou susceptibles de présenter une défaillance aiguë d'organe (Unité de soins intensifs cardiologiques,USIC ou neurovasculaires, USNV).

<sup>107</sup> Décret 01<sup>er</sup> juillet 2004 relatif à la réalisation des IVG médicamenteuses en ambulatoire

<sup>108</sup> La présente partie ne couvre pas le champ de la réanimation néonatale, de la réanimation spécialisée liée à la chirurgie cardiaque, au traitement des grands brûlés et à la neurochirurgie. Dans le cadre du SROS 2006-2010, l'option choisie a été celle d'une réanimation médico-chirurgicale polyvalente intégrant la prise en charge des enfants.

**La surveillance continue** permet l'observation constante clinique et biologique pour les malades qui le nécessitent, en raison de la gravité de leur état ou du traitement qui leur est appliqué

Plusieurs catégories d'unités de réanimation selon l'origine des patients pris en charge :

La réanimation médicale, la réanimation chirurgicale, la réanimation médico-chirurgicale, la réanimation pédiatrique.

- **4 sur 7 sites se sont inscrits** dans la filière décrite par le SROS III, selon les catégories susmentionnées, au sein des territoires de santé comme suit :
  - au sein du Territoire Centre : 2 établissements (CHU, Eaux-Claires)
  - au sein du Territoire Sud Basse-Terre : 1 établissements (CHBT)
  - au sein du Territoires des îles du Nord : 1 établissement (Louis-Constant Fleming)
- En termes d'**orientations globales**, les recommandations portaient sur l'augmentation du nombre de lits de réanimation ainsi que celui des USIC existantes, la mise en œuvre d'au moins une unité de soins intensifs neurovasculaires, la mise en œuvre de la surveillance continue en post-réanimation ainsi qu'en secteur postchirurgical.
- En termes de **résultats**, on relève :
  - une installation incomplète des lits de réanimation
  - une absence d'installation des lits de post-réanimation
  - une installation incomplète des lits d'USIC et une absence d'installation des lits d'USNV
  - une faible installation (excepté aux Eaux-Claires) de la surveillance continue postchirurgicale, notamment au CHU

➤ **Enjeux / problématique : répartition territoriale et mise aux normes des sites - renforcement de la filière neurovasculaire et de la prise en charge**

## 6. S'agissant des structures d'urgence<sup>\*109</sup>

- **L'organisation territoriale des modes de prise en charge des urgences** est la suivante :

Les **sites des urgences** (ainsi que leur activité en 2009) sont : le CHU (46 537 000 passages), les Eaux-Claires (20 611 passages) , le CHBT (18 153 passages), la Fédération des îles du Nord (13 841 passages) , Marie-Galante (2 727 passages).

Le site du CHU est également autorisé pour l'activité des **urgences pédiatriques** et est doté d'un **plateau technique spécialisé en gynécologie** participant à la prise en charge des urgences.

**On dénombre 3 SMUR** : SMUR Pointe-à-Pitre [CHU] - SMUR de la Basse-Terre [CHBT] - SMUR des îles du Nord [CH Saint-Martin].

Les **aires d'influence des SMUR** se déclinent comme suit sur le territoire :

**SMUR Pointe-à-Pitre [CHU]** : Pointe-à-Pitre, Abymes, Gosier, Baie-mahault, Lamentin, Sainte-Rose, Deshaies, Pointe-Noire (partage avec SMUR B/Terre), Petit-Bourg, Goyave, Capesterre, Gosier, Sainte-Anne, Saint-François, Moule, Anse-Bertrand, Petit -Canal, Port-Louis, Morne-à-l'Eau. En double insularité : Marie-Galante, Terre de Haut, Terre de Bas, Désirade (île située au Nord-Est de Saint-François mais non répertoriée sur la carte).

<sup>109</sup> Le volet urgences du SROS a fait l'objet d'une révision en mars 2007

**SMUR de la Basse-Terre [CHBT]** : Basse-Terre, Trois-Rivières, Gourbeyre, Baillif, Saint-Claude, Vieux-Habitants, Vieux-Fort, Bouillante, Capesterre (partage avec SMUR P-àP), Pointe-Noire (partage avec SMUR P-àP).

**A Désirade et aux Saintes**, l'activité du SMUR est préparée par l'intervention préalable d'un médecin correspondant.

Il n'y a pas de réseau des urgences installé au niveau régional<sup>110</sup>.

- Les services de prise en charge sont dans leur ensemble installés sur le territoire ainsi que le dispositif de prise en charge pré-hospitalier (régulation médicale). Le SROS III a fixé des objectifs de rationalisation et de coordination de la prise en charge (amélioration de l'accueil, urgences intra et inter hospitalières, mise en réseau des structures), de réponse à des problématiques spécifiques (populations spécifiques, AVC, prise en charge psychiatrique, réponses adaptées aux problématiques territoriales).  
S'agissant de l'aire territoriale globale, on note l'augmentation du nombre de passages aux urgences (101 869 en 2009 vs 97 770 en 2008, soit une augmentation de 4,2%) ainsi que la concentration de 69% de l'activité sur les 3 sites du territoire Centre.
- Au titre des établissements de santé, on notera la seule baisse notable régionale à Marie-Galante (8,8% 2009/2008) ainsi que la hausse infime pour le CHBT (18 051 en 2008 vs 18 153 en 2009).
- L'observation de l'activité indique une augmentation des passages aux urgences en dépit de la mise en œuvre du dispositif sectoriel des maisons médicales de garde. C'est un élément notable dans un contexte encourageant la coordination des acteurs de l'urgence et de la permanence des soins.

☞ **Enjeux / problématique : coordination avec le dispositif de la permanence des soins ambulatoires - accueil identifié, personnalisé : personnes âgées, psychiatriques.**

## 7. S'agissant de l'imagerie médicale

- Les Equipements Matériels Lourds (EML)<sup>111</sup> ont connu un développement important réparti entre le secteur public et privé ainsi qu'une offre en radiologie de ville accessible à la population. La **couverture territoriale** a été complétée notamment en favorisant l'installation d'une IRM pour le bassin des îles du Nord.
- Les établissements disposant d'un plateau technique de spécialités font face au **manque de ressources médicales et paramédicales** (radiologues, manipulateurs). Les enjeux sont importants. Ils portent principalement sur la **continuité et la permanence des soins** qui doivent s'appuyer sur la coopération ville/hôpital, le recours aux nouvelles technologies (télé médecine, téléradiologie).

☞ **Enjeux / problématique : continuité des soins et des services - coopération public/privé - recours aux nouvelles technologies (télé médecine, téléradiologie).**

<sup>110</sup> Sur ce point voir les décrets du 22 mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence

<sup>111</sup> L'équipement en EML régional est le suivant : **Scanner** : CHU (2) - CHBT (1) - Centre de scanographie de la Guadeloupe (1) - Centre de Radiologie de Concordia (1) - Eaux-Claires (1) / **IRM** : CHU (1) - Eaux-Claires (1) - IRM de la Basse-Terre (1) - Centre de Radiologie de Concordia / **Caméra à scintillation** : CHU (2) Caisson Hyperbare CHU (1)

## 8. S'agissant de la cancérologie\*

L'activité de cancérologie<sup>112</sup> a fait l'objet d'une révision du SROS III indiquant 6 implantations :

- Les points notables :

Etablissements autorisés	Territoire	Chimiothérapie	Chirurgie des cancers						radiothérapie
			mammaire	digestive	urologique	thoracique	gynécologique	ORL et maxillo-facial	
C.H.U.	Centre	X	X	X	X	X	X	X	X
GCS GROUPEMENT GUADELOUPE EN DE COOPERATION EN ONCOLOGIE	Centre et B/Terre	X							
CLINIQUE SAINT-PIERRE	BASSE-TERRE		X		X				
CHBT	BASSE-TERRE	X		X				X	
CLINIQUE LES EAUX CLAIRES	Centre		X	X	X			X	X
POLYCLINIQUE DE LA GUADELOUPE	Centre		X						

- la reconduction d'un site unique (CHU) pour l'activité de **médecine nucléaire**
- Le SROS indique la possibilité de développement de la **curiethérapie** au niveau régional, la possibilité pour les sites en double insularité de se constituer en **sites associés pour la pratique de la chimiothérapie**.
- **Des collaborations/coopérations étaient attendues** entre le CHBT et Saint-Pierre :  
En Chirurgie carcinologique mammaire  
En chirurgie carcinologique digestive  
En chirurgie carcinologique gynécologique

- Les constats par modalités de prise en charge :

<sup>112</sup> Voir révision de novembre 2008 et décrets du 21 Mars 2007 relatif aux conditions d'implantation et de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer. Ces textes indiquent les modalités de prise en charge en cancérologie : médecine nucléaire, chimiothérapie, chirurgie des cancers, radiothérapie, curiethérapie.

- certaines activités, pour l'essentiel les activités chirurgicales, n'atteignent pas les seuils réglementaires. C'est également le cas de l'activité de radiothérapie au CHU (229 patients en 2009 vs seuil réglementaire de 600 patients). Chiffre d'autant plus notable que le registre des cancers validait en 2008 1 304 nouveaux cas de cancer.
- L'absence de développements de la curiethérapie, pourtant réputée utile dans le cas des prises en charge de certaines affections cancéreuses (parties molles et orificielles).

☛ **Enjeux / problématique : conformité des sites aux critères techniques d'organisation et de fonctionnement (seuils d'activité, consultation d'annonce, réunions de concertation pluridisciplinaire, programme personnalisé de soins...).**

### 9. S'agissant de l'hospitalisation à domicile\*

L'hospitalisation à domicile permet la délivrance au domicile du patient de soins ponctuels, continus et de réadaptation. Les modes de prise en charge susceptibles d'être délivrés vont de l'assistance respiratoire à la surveillance des aphasies, les soins palliatifs.

**9 implantations d'hospitalisation à domicile** sont réparties au sein des territoires de santé comme suit :

- Territoire Centre<sup>113</sup> : CGR, CHU, Choisy, Eaux-marines, Beauperthuy, Eaux-Claires
- Territoire Sud-Basse-Terre : HLCBE, CMS
- Territoire îles du Nord : Choisy
- La région occupe le **1<sup>er</sup> rang (places/habitant) au niveau national**. Les enjeux portent sur la question de la relation avec les services de soins infirmiers ainsi qu'un contrôle souhaitable des motifs d'admission et des durées de séjours afin de s'assurer de l'adéquation entre la situation pathologique et les modes de prise en charge<sup>114</sup>.
- En dépit de l'absence (réglementaire) de contractualisation d'objectifs d'activité, on constate une **hausse significative de l'activité sur le plan régional**. C'est notamment le cas en 2009 du CHU, du CMS et de Choisy.

☛ **Enjeux / problématique : intégration de l'activité dans le parcours de soins du patient (IDE, SSIAD, établissements).**

### 10. S'agissant de l'insuffisance rénale chronique\*

L'insuffisance rénale chronique aboutit à terme à l'obligation vitale de recourir à la dialyse, communément appelée « rein artificiel ». On distingue **2 grands types d'épuration extra-rénale** :

1. L'**hémodialyse** qui utilise une membrane filtrante artificielle extérieure à l'organisme du patient, ou dialyse médicalisée (DM) ; celle-ci est réalisée en centre, sous surveillance médicale spécialisée, de façon intermittente à raison de 3 séances par semaine ;
2. La **dialyse péritonéale** qui utilise le péritoine, membrane filtrante interne à l'organisme du patient ; elle nécessite une formation spécifique du patient relative aux modalités de préparation à l'utilisation de la machine, au montage du circuit, à la réalisation de la séance et à la désinfection de la machine. Elle nécessite le consentement d'un tiers qui accepte de suivre la même formation et

<sup>113</sup> Une autorisation reste à mettre en œuvre pour le territoire Centre : le GCS HAD Marie-Galante.

<sup>114</sup> A ce sujet voir évaluation 2008 (ARH, DSDS, CGSS) pour 4 services d'HAD (2 publics, 2 privés) ayant mis en exergue des dysfonctionnements pour certains services, des durées de séjour anormalement élevées ainsi que des problèmes d'organisation.

d'être présent au domicile pendant la durée de la séance dans le cas de survenance d'un incident que le malade ne pourrait résoudre seul.

En résumé, **5 modalités de prise en charge s'offrent au patient**, selon la sévérité de son insuffisance rénale :

- La dialyse péritonéale à domicile
- L'auto dialyse en centre
- La dialyse en centre
- L'unité de dialyse médicalisée
- Le centre d'hémodialyse

Quatre sites sont autorisés :

Etablissements	Dialyse péritonéale	Auto dialyse	Dialyse En centre	Dialyse médicalisée (UDM)	Total
Centre Hémodialyse Basse Terre	Convention AUDRA	0	48	24	72
Association pour l'Utilisation Du Rein Artificiel (AUDRA)	30	120	60	42	252
Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-à-Pitre/Abymes	0	0	40	4	44
Clinique CHOISY	10 à 15	8	144	50	212 à 217
Unité = patient	40 à 45	128	292	120	580 à 585
			412		

- En termes d'**activité**, les constats sont les suivants :
  - une hausse générale du nombre<sup>115</sup> de patients pris en charge
  - la dialyse en centre présente le plus souvent des résultats excédentaires par rapport aux OQOS alloués
  - des modalités de prise en charge insuffisamment déployées : la dialyse en centre semble le mode de prise en charge le plus répandu vs les modes alternatifs<sup>116</sup> qui restent peu ou pas développés

<sup>115</sup> 140 à 150 demandes nouvelles de prise en charge en ALD pour atteintes néphrotiques graves conduisant à l'IRC sont enregistrées au sein de l'aire territoriale globale (source Assurance maladie). Les estimations épidémiologiques font état parmi les populations créoles d'origine africaine et Indienne, d'une fréquence environ deux fois supérieure à celle enregistrée parmi les populations caucasiennes en Métropole

<sup>116</sup> La dialyse à domicile est certes peu développée, mais les exigences domotiques et la capacité de réalisation de la part du patient pour cette forme de traitement ne sont pas remplies dans la plupart des cas quand, d'une part, on prend en compte l'état de l'habitat, et d'autre part, le niveau d'acquisitions cognitives des malades, le plus souvent âgés et acculturés.

☞ **Enjeux / problématique : développement des alternatives à la dialyse en centre - renforcer le volume d'activité de greffe rénale (50 patients par an) - sensibilisation des publics aux dons d'organe.**

### 11. S'agissant de la gériatrie

- En établissements de santé, l'accueil des personnes âgées est assuré en unités de soins de longue durée (CGR, Capesterre, Beauperthuy) et en EHPAD (Polyclinique Saint-Christophe, Centre Lacrosse, Les Eaux-Marines). Le taux d'équipement<sup>117</sup> dans le secteur médico-social est faible (EHPAD) et un seul CLIC est existant à ce jour. L'offre est appréciable en SSIAD.
- La carence des dispositifs préventifs en amont de l'hospitalisation génère une répétition des hospitalisations. L'absence d'accueil gériatrique au sein des services d'urgences peut être un facteur de perte de chances.  
Des dispositifs récents sont venus renforcer l'existant, tels que l'HAD, le développement de l'hospitalisation à temps partiel, l'accueil de jour, la prise en charge de l'Alzheimer et des syndromes apparentés.
- **Les principaux enjeux sont :**
  - Le rattrapage nécessaire en équipements (soins de suite gériatrique, EHPAD)
  - L'intensification de la filière hospitalière (urgences, court séjour gériatrique, avis spécialisés, psycho gériatrie, soins palliatifs, gestion prévisionnelle de l'aval)
  - La poursuite du développement de l'évaluation gériatrique en ambulatoire ainsi que les alternatives à l'hospitalisation
  - Le maintien à domicile
  - La formation spécialisée et l'attractivité des professionnels
  - La coordination intersectorielle

### 12. S'agissant des soins palliatifs

- L'offre a été améliorée au moyen de l'intensification de la prise en charge intra et extra hospitalière, la formation des personnels par l'équipe du CHU (DU soins palliatifs et d'accompagnement), la mise en œuvre de lits de soins palliatifs au CMS.
- L'offre de soins est organisée autour du pôle régional (CHU) et un pôle orienté constitué par deux établissements en Basse-Terre (CHBT-CMS). Des établissements de recours ont été identifiés au sein des CPOM : CH Saint-Martin, CH Marie-Galante, Hôpital local de Capesterre, certains établissements privés (dont les Eaux-Vives et les Eaux -Marines).

### 13. S'agissant de la psychiatrie\*

- **Définition :**

Le SROS III avait pour objectif d'apporter une réponse graduée aux besoins de santé de la population par :

1) - Les réponses de proximité :

Une amplitude des plages d'ouverture des centres médico-psychologiques (CMP); la mise en œuvre d'unités d'hospitalisation de jour ; le développement de l'accueil familial thérapeutique ; l'accès à des appartements thérapeutiques ; l'unité de psychiatrie de liaison d'urgence(UPLI).

2) - Les réponses inter et plurisectorielles intégrant essentiellement l'hospitalisation complète :

Les secteurs G01, G02, et G03 sur la Basse-Terre (CHM)

---

<sup>117</sup> Cette carence est d'autant plus mise en relief que les besoins de santé ont été projetés sur le fondement de tendances démographiques avérées de vieillissement de la population.

Les secteurs G04, G05, et G06 sur la Grande-Terre (CHU)

3) - Les réponses spécialisées s'adressent à :

La population infanto-juvénile disposant de 3 secteurs I01, I02 et I03 dédiés à la pédopsychiatrie ;

La population carcérale (service médico-psychologique régional - SMPR-) ; les situations d'urgences (régulation des appels en lien avec le centre 15, urgences psychiatriques, cellule d'urgence médico-psychologique, urgences médico-judiciaires, équipes mobiles).

- **5 établissements pratiquent l'activité de psychiatrie** et répartis comme suit au sein des territoires de santé :
  - Territoire Centre : CHU (incluant pour le G04 Sainte-Marie), l'Espérance
  - Territoire Sud-Basse-Terre : CHM, Eaux-Vives
  - Territoire des îles du Nord : Louis Constant Fleming
- La discipline est marquée par **l'incertitude quant la pérennisation des compétences professionnelles** sur les moyens et longs termes en dépit d'un contexte d'amélioration. L'offre de prise en charge est pour l'essentiel publique avec un recours important à l'hospitalisation sous contrainte.
- **L'hospitalisation complète** a été déployée au sein de l'aire territoriale selon les objectifs fixés par le SROS. Le territoire Sud Basse-Terre présente une couverture satisfaisante. En revanche, les **réponses de proximité et alternatives à l'hospitalisation** n'ont pas été suffisamment déployées (HDJ, hospitalisation de nuit, accueils familiaux et appartements thérapeutiques).  
Le centre d'accueil pour adolescents en crise et l'amélioration de l'accueil psychiatrique aux urgences, les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie s'inscrivent dans la prise en charge des problématiques de grande exclusion (maladie mentale, troubles de la personnalité, addictions, désocialisation).
  - ✦ **Enjeux / problématique : démographie médicale - formation des professionnels de 1<sup>er</sup> recours à la prise en charge psychiatrique - développement des coopérations intersectorielles (enfants, adolescents, précarité, exclusion, personnes âgées, addictions) - améliorer l'épidémiologie.**

## **B. Bilan de l'activité par établissement**

### **1. S'agissant des établissements publics**

- Les établissements **répondent globalement aux objectifs assignés**. Certaines activités préconisées par le SROS n'ont pas été mises en place dans leur intégralité (psychiatrie, filière réanimation, soins de suite). Mais pour l'essentiel (hors médecine côte sous le vent, SSR à Sainte-Marie) ceux-ci répondent aux objectifs pour les activités en place.
- Cinq établissements connaissent une **activité très inférieure** aux OQOS\* alloués :
  - En médecine : HLCBE, Selbonne, Beuperthuy
  - En maternité de niveau 3 : CHBT
  - En maternité de niveau 1 : Ste Marie
- Deux établissements exerçant des activités dont les seuils d'activité sont réglementés doivent être soumis à **évaluation** puisqu'en deçà des niveaux requis :
  - Le CHU<sup>118</sup> : en radiothérapie et en chirurgie des cancers thoraciques

<sup>118</sup> S'agissant de ces deux activités le CHU est le seul opérateur régional

Le CHBT en chirurgie des cancers digestifs et gynécologiques

- Deux établissements posent des **difficultés s'agissant de la connaissance de leur activité réelle** :

Bruyn qui ne saisit pas le PMSI

L'HCBE dont la saisie est irrégulière et incomplète.

- **Des disparités en termes de Durée de séjours<sup>\*119</sup>**, comme de taux d'occupation\* sont notables pour certains établissements :
- Les centres hospitaliers HLCBE, Selbonne, Beauperthuy ont une DMS élevée en médecine
- De nombreux établissements ont des taux d'occupation en médecine inférieur à 80%
- Tous les établissements présentent un taux d'occupation en chirurgie inférieur à 75%
- L'obstétrique connaît également des taux d'occupation assez bas
- Bruyn, présente une DMS en Soins de suites et de réadaptation (SSR) particulièrement longue.

## 2. S'agissant des établissements privés

- De façon commune à tous les établissements privés, la **saisie PMSI ne correspond pas aux données de facturation transmises à l'Assurance Maladie (CGSS)**.
- Des établissements ne tiennent pas compte de leurs engagements OQOS\* et pour certains, **les dépassements s'accroissent** par rapport aux années précédentes :
- Eaux claires : en médecine
- Polyclinique : en médecine et chirurgie
- Cliniques Lacrosse, Choisy, St Christophe : en SSR l'hospitalisation complète
- La clinique de l'Espérance : en SSR pour l'hospitalisation de jour
- En HAD, même si l'activité n'a pas été bornée par un seuil d'activité, le CMS et la clinique de Choisy-Montauban développent une importante activité au regard du nombre de places déclarées.
- A contrario, et notamment en **médecine, certains établissements n'atteignent pas les OQOS alloués** : ce sont les cas des Eaux-Marines, Saint-Pierre, Saint-Christophe, Eaux vives. C'est également le cas en chirurgie pour la Polyclinique dans le cadre de la prise en charge du cancer du sein.

## C. Fonctionnement des établissements de santé

### 1. Fonctionnement général

- Les évolutions consenties dans le domaine de la **mise en œuvre des normes parasismiques, la lutte contre les infections nosocomiales et affections iatrogènes** sont à poursuivre.
- Des avancées sont notables en matière de **coopérations inter établissements** (cancérologie, urologie, périnatalité). Les **difficultés des missions d'hospitalisation** relèvent le plus souvent de contraintes médico-sociales et sociales : embolisation des lits (court et moyen séjour) du fait de déficit des filières médico-sociales et des filières d'aval, travail social intra hospitalier à renforcer

---

<sup>119</sup> Une même enquête est en cours auprès des établissements privés.

ainsi que la coordination des court et moyen séjour, la prise en charge de l'hébergement des familles.

- Le **SROS III et le PRSP (2006-2010)** ont constitué des opportunités, d'autant que le schéma **géronologique** a intégré l'augmentation de la capacité d'hébergement régionale (facteur de risque de l'accroissement des séjours hospitaliers des personnes âgées du fait de manque de structures d'accueil médico-sociales installées).
- De fortes attentes reposent sur la **coordination** (réseaux) et la **protocolisation** de l'offre de soins, l'identification de **filières spécialisées** ainsi que la dynamique de l'**accréditation** afin d'améliorer la qualité de fonctionnement des établissements de santé.

## 2. Qualité et sécurité des soins

- Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S), « **La qualité doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostics et thérapeutiques, qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, au moindre coût, au moindre risque et pour sa plus grande satisfaction** ». La certification est la procédure d'évaluation externe, mise en œuvre par la Haute Autorité de Santé (H.A.S) afin de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement. Elle concerne tous les établissements de santé, publics et privés, à l'exception des activités médico-sociales, et a pour objectifs d'améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés au patient ; de promouvoir des démarches d'évaluation et d'amélioration ; de renforcer la confiance du public par la communication des résultats.
- La **Haute Autorité de Santé\*** a prononcé, pour les établissements de la région Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, engagés dans la procédure de certification V2/V2007, différents niveaux de certification :

La « Certification » pour les huit établissements suivants (ces établissements sont certifiés pour quatre ans) :

Etablissements publics de santé :

Centre Hospitalier Louis Daniel Beauperthuy ; Hôpital de Bruyn (Saint-Barthélemy).

Etablissements privés de santé : Centre Manioukani ; Choisy ; La Violette ; Centre Médico-social ; Kalana ; Les Eaux Claires ; Audra

Une « Certification avec suivi » a été prononcée pour :

Etablissements publics de santé : Centre Hospitalier de la Basse-Terre ; Centre Hospitalier de Montéran ; Centre Hospitalier Maurice Selbonne ; Hôpital local Capesterre

Etablissements privés de santé : Le Gai Foyer ; les Nouvelles Eaux Vives ; l'Espérance ; Polyclinique Guadeloupe ; Polyclinique Saint-Christophe.

Ces neuf établissements sont certifiés pour quatre ans, avec exigence d'un suivi à échéance déterminée par un rapport de suivi ou une visite de suivi sur les points ciblés par la H.A.S.

Une « Certification conditionnelle » pour :

Etablissements publics de santé : Centre Gérontologique du Raizet (CGR) ; Centre Hospitalier de Sainte-Marie ; Centre Hospitalier Louis Constant Fleming (Saint-Martin) ; Centre Hospitalier Universitaire Pointe-à-Pitre/Abymes.

Etablissements privés de santé : Les Nouvelles Eaux Marines

Ces cinq établissements n'ont pas été certifiés en première intention. Leur certification est conditionnée à la satisfaction du suivi réalisé à échéance déterminée sur les points ciblés par la H.A.S.

- L'analyse des rapports de certification des établissements montre l'existence de domaines d'amélioration communs à plusieurs structures.

S'agissant des établissements non certifiés, les points à améliorer ciblés par la HAS et communs à ces cinq structures sont les suivants :

- les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées (pour les cinq établissements non certifiés)

- une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en restauration (quatre établissements sur les cinq non certifiés)
- la transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en termes de qualité et de délais (quatre établissements sur les cinq non certifiés)
- les règles relatives à la réalisation des examens sont établies (quatre établissements sur les cinq non certifiés)
- l'information contenue dans le dossier du patient est accessible, en temps utile, aux professionnels en charge du patient (quatre établissements sur les cinq non certifiés).

Dans une moindre mesure :

- l'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée (trois établissements sur les cinq non certifiés)
  - les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives (trois établissements sur les cinq non certifiés)
  - la sécurité des bâtiments, des installations et des équipements fait l'objet d'un suivi (trois établissements sur les cinq non certifiés)
  - l'élimination des déchets, notamment d'activité de soins est assurée (3/5)
  - la maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux est assurée (trois établissements sur les cinq non certifiés)
  - les résultats issus des analyses permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter (trois établissements sur les cinq non certifiés)
  - le programme d'amélioration continue de la qualité est formalisé, comporte des objectifs précis et inclut les résultats issus des différentes formes d'évaluation (trois établissements sur les cinq non certifiés).
- Cette analyse, généralisée à l'ensemble des rapports des établissements de santé publics et privés de la région, tout niveau de certification confondu, cible les principaux axes d'amélioration ci-après :
    - les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées
    - les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées
    - une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en restauration
    - la prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée
    - l'élimination des déchets, notamment d'activité de soins est assurée
    - les résultats issus des analyses permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.
  - Les priorités régionales en terme de démarche qualité s'articulent donc autour des thèmes principaux suivants : la gestion des médicaments ; le système de restauration ; la gestion des déchets ; la gestion des risques.
  - L'année 2011 marque également le passage pour les premiers établissements de la région, de la certification V2/V2007 à la certification V2010. Cette troisième itération poursuit deux objectifs complémentaires. Elle évalue à la fois : la mise en place d'un système de pilotage de l'établissement incluant l'existence d'un processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; l'atteinte d'un niveau de qualité sur des critères thématiques jugés essentiels : les « Pratiques Exigibles Prioritaires » (PEP).

### 3. Situation financière des établissements publics\*

- Les contextes de passage à la tarification à l'activité (financement) ainsi que de mise en œuvre de la contractualisation (gouvernance) ont contraint les établissements de santé à se doter d'outils de comptabilité analytique. Ceux-ci permettent notamment de **connaître les coûts des activités** et de dégager en conséquence des résultats analytiques par la confrontation des recettes avec le coût de l'activité mise en œuvre. Ce chantier de la **comptabilité analytique hospitalière** apparaît complexe et d'application contrastée au sein du paysage hospitalier régional. Les données analytiques présentées sont issues de l'outil<sup>120</sup> **Retraitement comptable (RTC)**, qui permet la mise en évidence des charges de fonctionnement des hôpitaux pour :

<sup>120</sup> Trois méthodes sont proposées en matière de CAH :

Le **retraitement comptable (RTC)** : les données issues de cet outil constituent la seule base de données analytiques obligatoire au niveau national. Le recueil et le traitement de ces données mobilisent beaucoup de ressources et sont

- les activités hospitalières MCO, HAD, SSR, Psychiatrie et activités externes
- les activités spécifiques (Missions d'intérêt général) dans les prises en charge MCO, SSR et Psychiatrie
- les coûts de production unitaires des activités supports<sup>121</sup> de l'établissement

---

généralement peu exploitées par les établissements en gestion interne. La base du CHU d'Angers (constitution d'un Groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière : GACAH) permet un benchmarking de coûts de production des activités administratives, logistiques et médico-techniques des établissements sur la base d'un panel de 200 établissements adhérents dont 24 CHU. Ce référentiel est réalisé par le contrôleur de gestion et mobilise également beaucoup de ressources. Le compte de résultat d'exploitation analytique (CREA) : est l'outil de comptabilité analytique des activités cliniques génératrices de recettes T2A très apprécié et lisible par les acteurs de santé. Ces outils sont réalisés pas le contrôleur de gestion

<sup>121</sup> La fonction Médico-technique (MT) au nombre de 10 activités support : l'accueil aux urgences, les blocs op.et obst. , l'anesthésiologie, l'imagerie, le laboratoire, les explorations fonctionnelles, la radiothérapie, la dialyse, la sismothérapie, les autres secteurs MT. La fonction Logistique Médicale (LM) au nombre de 5 activités support : la pharmacie, la stérilisation, le génie biomédical, l'hygiène et la vigilance et les charges non détaillées. La fonction Logistique et Gestion Générale (LGG) au nombre de 12 activités support : la blanchisserie, la restauration, les services hôteliers, le brancardage, le transport des patients (hors smur), l'entretien/maintenance, la DSIO, le DIM, l'accueil et la gestion des malades, les services administratifs, la LGG non détaillée.

- S'agissant des chiffres analytiques 2009<sup>122</sup>

### COÛT JOURNÉE MCO 2009

FINESS	Libellé	Statut	Activité principale	Catégorie de CA	Total dépenses MCO hospitalisation	Nombre de journées			COÛT DE L'UO MCO
						HC	HP	TOTAL	
970 100 178	CENTRE HOSPITALIER DE LA BASSE TERRE	Public	T2 A	Cat 2	46 017 190,00	61 725	-	61 725	745,52
970 100 186	CENTRE HOSPITALIER DE MARIGOT	Public	T2 A	Cat 2	19 812 853,92	19 941	455	20 396	971,43
970 100 194	CENTRE HOSPITALIER LOUIS D BEAUPERTHUY	Public	SSR	Cat 1	1 754 579,10	3 067	-	3 067	572,08
970 100 202	CENTRE HOSPITALIER DE SAINTE MARIE	Public	T2 A	Cat 1	5 193 151,74	8 782	28	8 810	589,46
970 100 228	CHU DE POINTE A PITRE/ABYMES	Public	T2 A	Cat 4	179 852 020,52	166 458	14 825	181 283	992,11
970 100 244	HOPITAL DE CAPESTERRE BELLE EAU	Public	HL	Cat 1	2 783 660,28	3 422	-	3 422	813,46
970 100 285	CENTRE HOSPITALIER MAURICE SELBONNE	Public	SSR	Cat 1	3 809 056,79	2 449	-	2 449	1 555,35
970 100 277	CENTRE HOSPITALIER DE MONTERAN	Public	PSY	Cat 2	-	-	-	-	-
<b>Totaux</b>					<b>259 222 512,35</b>	<b>265 844</b>	<b>15 308</b>	<b>281 152</b>	<b>922,00</b>

HC : Hospitalisation complète ; HP : Hospitalisation partielle

- La moyenne régionale 2009 du coût de journée MCO est de **922€**. La majorité des établissements se trouvent dans la moyenne à l'exception du Centre Hospitalier de Selbonne qui affiche un coût de 1 555.35€. Pour l'activité les résultats analytiques 2009 sont déficitaires pour les 8<sup>123</sup> établissements.

<sup>122</sup> Nota Bene: la qualité et l'exhaustivité du remplissage des données sur ICARE par les établissements sont nécessaires et doivent être améliorées au vu des incohérences et ou absences de données relevées en 2009.

<sup>123</sup> . Des dialogues de gestion sont en cours pour partage et validation des données 2009 issues du RTC.  
Les résultats analytiques déficitaires MCO validés sont : Hôpital de Capesterre : - 402 928€ ; Centre hospitalier de LD Beauperthuy : - 413 665€ ; Centre hospitalier M.Selbonne : - 2 450 473€

### COÛT JOURNÉE SSR 2009

FINESS	Libellé	Statut	Activité principale	Catégorie de CA	Nombre de journées				COÛT DE L'UO SSR
					Total dépenses SSR	HC	HP	TOTAL	
970 100 178	CENTRE HOSPITALIER DE LA BASSE TERRE	Public	T2 A	Cat 2	889 087,28	ND	-	-	ND
970 100 186	CENTRE HOSPITALIER DE MARIGOT	Public	T2 A	Cat 2	-	-	-	-	-
970 100 194	CENTRE HOSPITALIER LOUIS DANIEL BEAUPERTHUY	Public	SSR	Cat 1	6 308 502,74	17 135	-	17 135	368,16
970 100 202	CENTRE HOSPITALIER DE SAINTE MARIE	Public	T2 A	Cat 1	- 1 540	491	-	491	3,14
970 100 228	CHU DE POINTE A PITRE/ABYMES	Public	T2 A	Cat 4	6 009 397,00	7 925	-	7 925	758,28
970 100 244	HOPITAL DE CAPESTERRE BELLE EAU	Public	HL	Cat 1	2 005 015,81	6 010	-	6 010	333,61
970 100 285	CENTRE HOSPITALIER MAURICE SELBONNE	Public	SSR	Cat 1	10 034 305,34	24 232	-	24 232	414,09
970 100 277	CENTRE HOSPITALIER DE MONTERAN	Public	PSY	Cat 2	-	-	-	-	-
<b>Totaux</b>					<b>25 244 768,17</b>	<b>55 793</b>	<b>-</b>	<b>55 793</b>	<b>452,47</b>

- La moyenne régionale 2009 du coût de journée SSR est de 452€. A l'exception du CHU, les établissements affichent un coût proche de la moyenne régionale. Pour l'activité SSR, les résultats analytiques 2009 sont excédentaires sauf l'hôpital de Capesterre qui dégage un déficit de - 62 534€.

### COÛT JOURNÉE PSY 2009

FINESS	Libellé	Statut	Activité principale	Catégorie de CA	Nombre de journées				COÛT DE L'UO PSY
					Total dépenses PSY	HC	HP	TOTAL	
970 100 178	CENTRE HOSPITALIER DE LA BASSE TERRE	Public	T2 A	Cat 2	-	-	-	-	-
970 100 186	CENTRE HOSPITALIER DE MARIGOT	Public	T2 A	Cat 2	3 960 974,14	2 611	-	2 611,00	1 517,03
970 100 194	CENTRE HOSPITALIER LOUIS D BEAUPERTHUY	Public	SSR	Cat 1	-	-	-	-	-
970 100 202	CENTRE HOSPITALIER DE SAINTE MARIE	Public	T2 A	Cat 1	-	-	-	-	-
970 100 228	CHU DE POINTE A PITRE/ABYMES	Public	T2 A	Cat 4	18 181 709,00	32 131	3 551	35 682	509,56
970 100 244	HOPITAL DE CAPESTERRE BELLE EAU	Public	HL	Cat 1	-	-	-	-	-
970 100 285	CENTRE HOSPITALIER MAURICE SELBONNE	Public	SSR	Cat 1	-	-	-	-	-
970 100 277	CENTRE HOSPITALIER DE MONTERAN	Public	PSY	Cat 2	ND	47 235	5 352	52 587	ND
<b>Totaux</b>					<b>22 142 683,14</b>	<b>81 977</b>	<b>8 902</b>	<b>90 879</b>	<b>243,65</b>

- La moyenne régionale 2009 du coût de journée PSY (hors CHM<sup>124</sup>) est de 578.24 €. Le CH de Saint Martin affiche un coût nettement supérieur à la moyenne avec un déficit analytique d'annoncé (à valider avec l'établissement) de - 1 074 217€

## COUT DE PRODUCTION UNITAIRE DES ACTIVITES<sup>125</sup> MEDICO-TECHNIQUES, DE LOGISTIQUE ET ADMINISTRATION GENERALE

				Passage	ICR	ICR	B ou P
Moyenne Régionale 2009				102,31 €	2,51 €	2,96 €	0,240 €
CENTRE HOSPITALIER DE LA BASSE TERRE	T2A	Cat 2	entre 20 et 70 M€	130,56 €	3,52 €	2,27 €	0,390 €
CENTRE HOSPITALIER DE MARIGOT	T2A	Cat 2	entre 20 et 70 M€	14,57 €	4,05 €	4,08 €	
CENTRE HOSPITALIER LOUIS D BEAUPERTHUY	SSR	Cat 1	- de 20 M€			400,00 €	
CENTRE HOSPITALIER DE SAINTE MARIE	T2A	Cat 1	- de 20 M€	337,09 €	3 328,63 €	20,02 €	0,540 €
CHU DE POINTE A PITRE/ABYMES	T2A	Cat 4	+ de 150 M€	96,99 €	1,99 €	3,04 €	0,190 €
HOPITAL DE CAPESTERRE BELLE EAU	HL	Cat 1	- de 20 M€				
CENTRE HOSPITALIER MAURICE SELBONNE	SSR	Cat 1	- de 20 M€			2,14 €	0,340 €
CENTRE HOSPITALIER DE MONTERAN	PSY	Cat 2	entre 20 et 70 M€				

- **Accueil des urgences** : On constate un coût moyen régional du passage relativement pertinent mais faussé par l'affichage du CH de Marigot (répartition des dépenses entre les lits porte et le SAU à corriger) ce qui ramènerait le coût régional à 119.20€ (hors CH de Marigot). Le coût du passage aux urgences du CH de Ste Marie est très élevé (trois fois plus cher que le coût moyen constaté). La productivité du service est faible.
- **Blocs opératoires et obstétrique<sup>126</sup>** : Le coût de l'ICR du bloc pour le CH de Marigot et le CHBT est élevé. La productivité de ce plateau technique dans ces deux établissements est faible.
- **Imagerie<sup>127</sup>** : les coûts du CH de Saint Martin, du CHU et de Ste Marie excèdent la moyenne régionale du coût de l'ICR de l'imagerie avec pour Sainte-Marie 20.02€.
- **Laboratoire** : Le CH de Sainte-Marie, le CHBT et le CH de Selbonne affichent un coût 2009 du B supérieur à la moyenne régionale. Pour le CH de Ste marie, au regard des dépenses engagées la productivité reste faible : coût du B à 0.54€.

<sup>124</sup> Données manquantes pour le CHM

<sup>125</sup> Les activités du secteur médico-technique ont été affichées selon la disponibilité de l'information et de la qualité des données transmises par l'établissement sur la plateforme.

<sup>126</sup> Les données pour le CH de Ste Marie semblent incohérentes : soit la production déclarée est exhaustive et donc excessivement faible soit elle est non exhaustive ce qui donne un coût ininterprétable

<sup>127</sup> Données incohérentes pour le CH LD Beaufperthuy : non interprétables

Nbre de Kilos de linge	Nbre de repas servis aux patients	m² SHOB des services de soins	m² SHOB des services de soins	Nbre de postes informatique	Nbre de résumés PMSI (RSA, RHA, RPSA, RAPSS)	Euros de charges brutes
Blanchisserie	Restauration	Services hôteliers	Entretien / Maintenance	DSIO	DIM	Services administratifs à caractère général

Moyenne Régionale 2009	3,55 €	13,31 €	156,24€	235,60 €	4 140,06 €	14,51 €	0,210 €
------------------------	--------	---------	---------	----------	------------	---------	---------

CENTRE HOSPITALIER DE LA BASSE TERRE <sup>128</sup>	T2A	Cat 2	entre 20 et 70 M€	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
CENTRE HOSPITALIER DE MARIGOT	T2A	Cat 2	entre 20 et 70 M€	3,42 €	12,00 €		62,44€	2 527,03 €	12,62 €	0,280 €
CENTRE HOSPITALIER LOUIS D BEAUPERTHUY	SSR	Cat 1	- de 20 M€	6,19 €	17,20 €	308,67€	97,70€	7 318,99 €	28,79 €	0,170 €
CENTRE HOSPITALIER DE SAINTE MARIE	T2A	Cat 1	- de 20 M€		22,50 €	32,11€	113,9€	1 480,53 €		0,260 €
CHU DE POINTE A PITRE/ABYMES	T2A	Cat 4	+ de 150 M€	3,14 €	11,70 €	180,14€	339,5€	4 287,57 €	12,36 €	0,190 €
HOPITAL DE CAPESTERRE BELLE EAU	HL	Cat 1	- de 20 M€							
CENTRE HOSPITALIER MAURICE SELBONNE	SSR	Cat 1	- de 20 M€	5,26 €	21,60 €	98,29 €	70,89€	9 371,22 €	498,30 €	0,250 €
CENTRE HOSPITALIER DE MONTERAN	PSY	Cat 2	entre 20 et 7M€		ND	ND	ND	ND		ND

- **La Blanchisserie:** Le coût moyen du kg de linge traité n'intègre pas les données du CHBT qui dispose d'une blanchisserie inter-hospitalière. Les coûts du kg pour les CH de LD Beauperthuy et de M. Selbonne sont très élevés.
- **La Restauration :** Les coûts du repas pour la région sont très élevés. Le coût moyen du repas n'intègre pas les données du CHM qui dispose d'une cuisine inter-hospitalière.
- **Les services hôteliers<sup>129</sup> :** ont un coût élevé s'agissant du CHU et du CH de Beauperthuy.
- **L'entretien et la maintenance :** le coût au m2 de la région Guadeloupe est très élevé plus particulièrement pour le CH de Beauperthuy et le CH de Ste Marie
- **Les services administratifs à caractère général :** Les coûts de la région pour cette fonction support semblent élevés. Si on le compare au coût moyen Ile de France 2009 sans la prise en compte du surcoût domien, on observe un écart assez important.  
Coût Guadeloupe 2009 : 0.21€ versus Coût IdF 2009 : 0.08€
- **Le DSIO :** Le coût du parc informatique pour 2009 affiche une bonne moyenne malgré des coûts importants notés pour deux établissements : CH LD Beauperthuy et CH Selbonne.

<sup>128</sup> Le CHBT pour 2009 n'a pas déclaré les données de la LGG : collecte des unités d'œuvre non effectuée pour l'exercice 200

<sup>129</sup> Donnée incohérente pour le CH de Ste Marie : non interprétable

## LE POIDS FINANCIER DES SERVICES DE LOGISTIQUE ET GESTION GENERALE

Libellé de l'activité	Libellé de l'unité d'oeuvre	Nb d'ES concernés par activité	% des 8 ES de la base	Montant des Charges nettes 2009 concernées
Restauration	Nb de repas servis aux patients	4	50%	1 998 968 €
Blanchisserie	Nb de kg de linge	5	63%	8 371 858 €
Entretien/Maintenance	m2 SHOB des services de soins	5	63%	9 476 653 €
Services adm. à caractère général	Euros de charges brutes	5	63%	30 688 319 €
LGG non détaillée	Euros de charges brutes	5	63%	19 446 621 €
Services hôteliers	m2 SHOB des services de soins	4	50%	4 617 065 €
DSIO	Nb de postes informatiques	5	63%	4 456 776 €
Accueil et gestion des malades	Nb de dossiers créés	5	63%	4 155 890 €
DIM	Nb de résumés de PMSI	4	50%	799 850 €
Services adm.liés au personnel	Effectifs(SAE)	5	63%	13 950 793 €
	Nb de courses motorisées	2	25%	354 564 €
Transp.motorisé des patients (hors Smur)				
	Nb de courses de brancardage	1	13%	192 277 €
Brancardage et transp. Pédestres des patients				
				98 509 635 €

- **Les activités de logistique et gestion générale représentent 21% des charges directes constatées dans la base 2009 du RTC.** Le poids du secteur sur les coûts complets de journée est :

- Pour la MCO :

21 % du coût pour l'hôpital de Capesterre ; 32% du coût pour le CH de Selbonne ; 45% du coût pour le CH de Beauperthuy ; 37% du coût pour le CH de Ste Marie  
29% du coût pour le CHU ; 22% du coût pour le CHBT ; 26% du coût pour le CH de Marigot

- Pour le SSR :

29% du coût pour le CHU ; 5% du coût pour le CH de Selbonne ; 21% du coût pour l'hôpital de Capesterre ; 39% du coût pour le CH de Beauperthuy

- Pour la PSY :

22% du coût pour le CHU ; 23% du coût pour le CH de Marigot

## LE POIDS FINANCIER DES SERVICES MEDICO-TECHNIQUES

Libellé de l'activité	Libellé de l'unité d'oeuvre	Nb d'ES concernés par activité	% des 8 ES de la base	Montant des Charges nettes 2009 concernées
Laboratoire	B	4	50%	13 055 772 €
Imagerie	ICR	6	75%	8 958 403 €
Blocs op. et obst.	ICR	4	50%	18 104 576 €
Explorations fonctionnelles	ICR	3	38%	1 518 562 €
Autres secteurs MT	AMK	3	38%	1 453 808 €
Anesthésiologie	ICR	2	25%	7 563 469 €
Accueil aux urgences	Passage	2	25%	10 640 561 €
Radiothérapie	ICR	1	13%	1 740 407 €
Dialyse	ICR	1	13%	3 131 141 €
				66 166 698 €

- **Les activités du secteur médico-technique représentent 14% des charges directes constatées dans la base 2009 du RTC.** Le poids du secteur sur les coûts complets de journée sont :
  - Pour le MCO :  
21 % du coût pour l'hôpital de Capesterre ; 0% du coût pour le CH de Selbonne ; 0% du coût pour le CH de Beaufort ; 35% du coût pour le CH de Sainte-Marie ; 20% du coût pour le CHU ; 22% du coût pour le CHBT ; 18% du coût pour le CH de Marigot.
  - Pour le SSR :  
29% du coût pour le CHU ; 2% du coût pour le CH de Selbonne ; 2% du coût pour le CH de Beaufort

### 5. Ressources humaines

- **Une adéquation insuffisante entre les besoins et les qualifications en termes d'emplois non médicaux est à noter dans les établissements de santé publics.** L'extension ou la création d'écoles interrégionales et l'aide FMESPP devraient contribuer à l'amélioration de la formation des personnels en place.
- Un des points d'amélioration consistera à améliorer la **structure des emplois** au sein des établissements publics.

### 4. Ressources médicales

- Certaines disciplines (y compris au CHU) sont fragilisées du fait de la **faiblesse des effectifs** (ex : psychiatrie, gériatrie, réanimation, radiologie etc...). Les petits établissements connaissent des **difficultés de recrutement** notamment en ce qui concerne les situations de double insularité (Saint-Martin, Marie-Galante). L'accès à la formation continue est à conforter.
- Les réformes statutaires récentes sont incitatives (primes postes difficiles, passage PH temps partiel à temps plein, augmentation du numerus clausus régional an 1<sup>ère</sup> année de médecine). La politique de l'ARS (transformation de postes d'assistants en PH) et le développement de filières universitaires sont des opportunités, ainsi que la réflexion sur les outils incitatifs d'aides à l'installation des praticiens au niveau régional.
- Les enjeux sont ceux de sécuriser les activités tout en garantissant l'accès de la population à des soins de qualité, le maintien de certaines disciplines au niveau régional voire interrégional.

## 5. Complémentarité ville hôpital

- La complémentarité ville/hôpital s'appuie principalement à l'échelle départementale sur **l'accès au plateau technique, le dispositif de la permanence des soins, l'hospitalisation à domicile, le développement depuis 2003 des réseaux de santé.**
- Quelques chantiers annoncés sont susceptibles de constituer des **leviers incitatifs** : le développement de la télémédecine, le partage de l'information médicale, la collaboration pour la formation et l'évaluation des pratiques professionnelles (Hôpital et URPS), la mise en place du comité de bon usage des médicaments et de l'antibiothérapie, l'éducation thérapeutique (thèmes prioritaires en cours : asthme, diabète, HTA).
- S'agissant de la **Permanence des soins\***. Depuis 2006, une volonté de réorganisation du dispositif s'est inscrite dans les faits. Du fait de la restriction des secteurs de garde et astreintes, la coordination des modalités de participation au dispositif de la PDS (C15, urgences, MMG, coordination de la régulation). Depuis l'arrêté préfectoral du 26/03/09 et pour préfigurer les orientations de la loi HPST, il a été décidé d'unifier la régulation au SAMU/CHU avec possibilité de télédéportage (régulateurs à distance), la suppression des gardes et astreintes en nuit profonde remplacée par la prolongation de la régulation libérale, la réorganisation de certaines maisons médicales de garde (notamment par diversification de leur activité ex : MSP, mutualisation avec réseaux de santé etc...), la possibilité de garde à domicile.
- **6 réseaux de santé** sont en activité à ce jour :  
Depuis 2004 : cancérologie, HTA,  
Depuis 2005 : diabète, asthme, addictions  
Depuis 2008 : Grandir : Enfants/adolescents
- Après une période de stagnation (2 promoteurs jusqu'à 2005, CMS et hôpital local) **l'HAD a connu une période récente de croissance et de diversification des projets autorisés.** Les récents développements de l'HAD ont consisté à étendre territorialement des autorisations déjà existantes (maintien du nombre de promoteurs). Pour illustration, le CHU a pu bénéficier, outre l'autorisation initiale région pointoise (Abymes, Gosier, PàP), d'une extension d'activité sur le bassin Baie-Mahault, Lamentin.  
Les autorisations de fonctionnement concernant les Eaux-Clares et le GCS HAD Marie-Galante, la couverture des îles du Nord ont fait l'objet d'agrèments récents.  
Depuis Novembre 2008, la quasi-intégralité du territoire est couverte par les services d'HAD.

## 6. Recompositions hospitalières

- La **restructuration des cliniques privées** a été effectuée sur la période du SROS de deuxième génération.  
Il est à noter des habitudes et pratiques régionales de **coopération inter hospitalières** (public/public, public/privé) restant à approfondir (ex : urologie, coopération centre de référence et établissements en double insularité). Les révisions des volets cancérologie et SSR du SROS III ont constitué des opportunités, notamment pour la coopération de bassin (CHBT/Saint-Pierre en chirurgie des cancers ; Eaux-Clares/CMS en chimiothérapie).
- Les coopérations entre établissements, inscrites dans un contexte d'exiguïté territoriale, de dimensionnement des établissements associés parfois à la contrainte de la double insularité, peuvent favoriser **l'intéressement et la fidélisation des compétences médicales** (ex : chirurgie), une **meilleure identification des niveaux de prise en charge.**  
Elles peuvent également éviter les situations d'éloignement et conforter les compétences des praticiens notamment en double insularité (ex activité chirurgicale Saint-Martin et Marie-Galante).
- Le **PRS, les projets territoriaux de santé, les projets d'établissements** devront constituer des leviers incitatifs à la contractualisation entre établissements.
- Les **orientations des recompositions** sont :
  - la situation de site de référence du CHU au sein de l'aire territoriale globale
  - la réorganisation de la permanence des soins des établissements de santé

- le développement de la coopération de bassin en côte sous le vent :  
CH Selbonne (rééducation physique et pathologies de surcharge),  
CH Beaulieu (addictologie et gériatrie),  
CHBT (Pôle de référence du bassin de vie),
- le développement de la coopération entre les établissements doublement insulaires (CH Marie-Galante, Îles du Nord) avec les centres de référence (CHU, CHBT)
- le développement de la coopération régionale (SIOS Guadeloupe/Martinique) : chirurgie thoracique, neurologique, greffe rénale, chirurgie cardiaque, drépanocytose, rythmologie cardiaque

## IV - Etat des lieux dans le domaine de la prise en charge de la perte d'autonomie

### Avant-propos :

La politique en faveur des personnes âgées repose en grande partie sur le schéma gérontologique 2010-2014. La sectorisation territoriale par bassin gérontologique\* est la suivante : **Bassin gérontologique 1** [Capesterre à Bouillante] - **Bassin gérontologique 2** [Pointe-Noire à Goyave] - **Bassin gérontologique 3** [Agglomération pointoise] - **Bassin gérontologique 4** [Port-Louis à Sainte-Anne] - **Bassin gérontologique 5** [îles du Sud].

### Introduction

Le secteur médico-social est caractérisé par un **taux d'équipement\* restant à améliorer** en référence au niveau national et en considération des besoins de prise en charge. Les enjeux portent sur une meilleure **connaissance épidémiologique** des populations et bénéficiaires, l'identification, la structuration des **filères du handicap et de la personne âgée**, la **coordination des professionnels**, la **coopération intersectorielle**.

### A. Le secteur des personnes âgées

#### 1. Le maintien à domicile de la personne âgée dépendante

La prise en charge à domicile implique une capacité d'accueil, l'information et évaluation de la personne âgée, l'offre de soins ambulatoire<sup>130</sup>. L'**évaluation** porte sur la situation sanitaire, les incapacités relatives aux activités et relations sociales de la personne âgée, l'appréciation des aménagements nécessaires du domicile.

Les **acteurs institutionnels**<sup>131</sup> intervenant dans l'organisation du maintien à domicile ne sont pas tous présents sur le territoire. Un seul CLIC a été activé au sein de l'aire territoriale globale (Marie-Galante)<sup>132</sup>. Le réseau de gérontologie n'a pas été réactivé depuis le retrait de l'agrément en 2006 pour défauts de résultat.

**L'allocation personnalisée à l'autonomie (APA)\*** permet la prise en charge des personnes âgées rencontrant des difficultés d'accomplissement des actes essentiels de la vie courante ou nécessitant une surveillance

---

<sup>130</sup> Médecins généralistes, spécialistes, professionnels paramédicaux, centres de santé, consultations externes du secteur hospitalier, dentistes, laboratoires, pharmacies.

<sup>131</sup> Les équipes APA, les polyvalences de secteur du Conseil Général, les CLIC, le réseau gérontologique, les Centres communaux d'action sociale.

<sup>132</sup> Le Schéma gérontologique 2010-2014 fixe comme objectif la création d'un CLIC par bassin gérontologique

régulière<sup>133</sup>. En septembre 2009, on recense 7 246 bénéficiaires dont plus de 90% à domicile, ce qui équivaut à un taux de 328 bénéficiaires pour 1000 habitants de plus de 75 ans versus une moyenne nationale de 210. La prise en charge à domicile se substitue à une prise en charge familiale ou vient la compléter. Elle repose sur plusieurs dispositifs :

- les infirmiers libéraux
- les services de soins infirmiers
- les services d'HAD
- les prestations d'aide à la vie sociale

**L'infirmier libéral<sup>134</sup>\*** intervient dans la prise en charge des personnes âgées et ou handicapées à domicile. La démographie infirmière libérale à l'échelle régionale a connu une forte augmentation, 56% en 5 années. Face à l'augmentation du nombre des personnes âgées dépendantes ainsi que la diminution des effectifs médicaux, l'infirmier participe à une démarche de coordination et de coopération avec les intervenants à domicile. Il transmet les informations au médecin traitant, dispense les traitements, participe à l'éducation des familles et des aidants, assure la liaison avec le secteur social. **Le rôle d'animation et de coordination de l'infirmier doit être renforcé.**

Les **SSIAD<sup>135</sup> (services de soins infirmiers à domicile)\*** assurent un rôle de coordination gérontologique en proximité. Leur vocation consiste à assurer sur prescription médicale des prestations de soins infirmiers sous forme technique ou des soins de base et relationnels. Les objectifs consistent à éviter les hospitalisations, faciliter le retour à domicile après hospitalisation, prévenir la dégradation progressive des bénéficiaires, lutter contre leur isolement.

640 places de SSIAD pour personnes âgées et 40 pour personnes handicapées sont autorisées et installées à l'échelle régionale (aucun SSIAD Alzheimer n'est autorisé). L'ensemble du territoire est couvert à l'exception des Saintes et de Saint-Barthélemy. L'amélioration de la couverture territoriale devra tenir compte à la fois du nombre actuel de patients potentiels âgés de 75 ans et plus au sein des bassins de vie et de la densité des infirmiers libéraux<sup>136</sup>.

Les **services d'aide à domicile<sup>137</sup>** proposent à l'usager l'intervention d'une personne susceptible de l'aider dans les actes de la vie courante. 62 structures sont agréées. Elles sont réparties de façon inégale sur le territoire, cependant leur implantation ne détermine pas leur rayon d'intervention. On notera également la **garde de nuit, la téléassistance, le portage de repas à domicile.**

S'agissant des **autres services participant au maintien à domicile des personnes âgées.** On relève une progression importante de l'activité des services d'HAD<sup>138</sup> en général. Outre leur polyvalence (réglementaire) certains services développent des compétences spécifiques en matière de prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Ils s'inscrivent dans un **processus gradué des soins avec les SSIAD et les établissements de santé dont il convient d'assurer le déploiement et la visibilité dans tous les territoires.**

Les **structures d'hébergement temporaire\* (dites de répit)** sont insuffisamment installées : 3 structures d'accueil de jour (CGR, HIBISCUS, HLCBE) sont installées pour 86 places autorisées.

---

<sup>133</sup> La dépendance est évaluée à partir de la grille AGGIR sur la base de 6 degrés de référence. Seules les personnes relevant des GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA. Les prestations vont de l'aide au déplacement, les aides pour les tâches ménagères, aides techniques.

<sup>134</sup> Les actes infirmiers à domicile peuvent relever de deux catégories : les actes du rôle propre infirmier regroupant tous les soins éducatifs, de surveillance, prévention, confort et hygiène ; les actes du rôle prescrits concernant tous les actes techniques nécessitant une prescription médicale (prise de sang, nutrition parentérale...)

<sup>135</sup> Les SSIAD s'adressent aux personnes âgées malades et ou dépendantes de 60 ans et plus, aux personnes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques

<sup>136</sup> A ce sujet on notera d'une part l'importance du taux de personnes âgées de 75 et plus au sein des bassins 1, 3 et 4. D'autre part les zones très sous dotés ou sous dotés au titre de l'année 2008 sont les communes de Bouillante, Deshaies, Pointe-Noire, Vieux-Habitants, Saint-Louis.

<sup>137</sup> La nature et le financement de l'aide au titre de l'APA dépendront de l'évaluation réalisée.

<sup>138</sup> Pour les services d'HAD en activité voir le bilan de l'offre de soins hospitaliers. L'activité globale des services a progressé de 2008 à 2009 de 31%.

## **2. La prise en charge en institution de la personne âgée dépendante\***

Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, les autorisations sont réparties entre 2 315 lits et places pour le secteur :

- 3 unités de soins de longue durée (USLD) : 165 lits
- 21 établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) incluant des places d'accueil de jour et lits d'hébergement temporaire : 1 179 lits permanents, 86 lits temporaires
- 15 structures de SSIAD : 591 places
- 2 accueils de jour autonomes et 3 foyers logements : 135 places d'accueil et 159 lits en foyers et appartements

**Au regard des autorisations\*, la région apparaît sous-dotée en structures d'EHPAD. En revanche les taux potentiels pour l'accueil de jour et l'hébergement temporaire sont supérieurs à la moyenne nationale.**

De façon globale, la répartition des structures et services indique une couverture effective<sup>139</sup> de l'aire territoriale par les SSIAD. C'est également le cas pour les structures autorisées EHPAD et USLD. A contrario, les foyers logements et appartements d'accueil sont concentrés sur Pointe-à-Pitre. Plus précisément, 76% des structures d'hébergement permanent autorisées (85% installées), 70 % des structures d'hébergement temporaire autorisées (0% installées), 60% des SSIAD autorisées (100% installées) sont réparties au sein des bassins 1 3 et 4, où la part des plus de 75 ans<sup>140</sup> est importante.

En termes d'installation effective, 32 établissements et services sont installés à l'échelle de la région. 6% sont des accueils de jour, 47% sont des SSIAD<sup>141</sup>, 47% des établissements d'hébergement. Dans cette dernière catégorie, 28% sont des EHPAD, 9% des USLD et 9% des foyers logements.

## **3. La prise en charge de la maladie d'Alzheimer\***

La prise en charge au sein des structures médicalisées est le plus souvent réalisée sans étiquetage d'unités spécifiques. Au titre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer<sup>142</sup> (Plan 2008-2012) les orientations actent de :

- l'autorisation de structures de répit pour les aidants
- la diffusion d'un appel à projet pour l'implantation régionale d'une MAIA
- l'accompagnement des EHPAD pour la labellisation de pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) ainsi que d'une unité d'hébergement renforcé (UHR)
- l'accompagnement des professionnels pour la valorisation des compétences professionnelles

Les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)<sup>143</sup> sont en situation d'expérimentation à l'échelle nationale. La région Guadeloupe devrait pouvoir se positionner au moment de la généralisation du dispositif.

---

<sup>139</sup> Excepté les Saintes et Saint-Barthélemy

<sup>140</sup> La proportion des + de 75 ans est plus importante au sein de ces bassins. **Bassin gérontologique 1 [Capesterre à Bouillante] : 5 416** **Bassin gérontologique 3 [Agglomération pointoise] : 6 621** - **Bassin gérontologique 4 [Port-Louis à Sainte-Anne] : 5 432.**

<sup>141</sup> Le taux d'équipement en SSIAD est supérieur à la valeur nationale : 25,6 pour 1000 habitants de + de 75 ans versus 18 pour 1000

<sup>142</sup> Les données de prévalence et d'incidence de la maladie d'Alzheimer repose sur des extrapolations locales de l'étude nationale PAQUID. Le taux serait de 3% dans la tranche 65-74 ans ; 19% dans la tranche 75-84 ans ; 47% dans la tranche 85 ans et plus.

<sup>143</sup> Les MAIA sont prévues pour constituer des guichets d'orientation

## B. Le secteur des personnes handicapées

### Avant-propos :

- **50 structures<sup>144</sup> sont autorisées** dans le secteur du handicap dont 21 pour les adultes et 29 pour les enfants, totalisant **2 526 lits et places** répartis comme suit :
  - Enfants handicapés<sup>145</sup> \* :  
863 lits d'hébergement ou de prise en charge (CAMSP, CMPP, IME, ITEP, Centre pour déficients visuels) ; 640 places de services de soins à domicile (SESSAD, SSEFIS, SAIS)
  - Adultes handicapés<sup>146</sup> \* :  
892 lits de structures d'hébergement ou d'accueil, de travail adapté (MAS, FAM, ESAT, UEROS, Centres pour déficients visuels) ; 131 places de services (SAMSAH, SSIAD).
- **41 structures sont installées\* équivalant à 2 062 lits et places<sup>147</sup>** (de façon paritaire entre les secteurs adulte et enfant) :
  - Pour les adultes 90% (environ 700 lits) sont recensés en établissements et 10% (environ 130 places) en services à domicile ;
  - pour les enfants 58% (environ 700 lits) en établissements et 42% (environ 600 places) en services.
- **S'agissant de la prise en charge des enfants handicapés\***, les structures de dépistage précoce sont réparties sur les territoires Centre et Sud Basse-Terre.

### La part des services :

- est représentée de façon satisfaisante, mais inclut des carences ou déficiences de prise en charge en matière de polyhandicap, troubles du caractère et du comportement, déficiences sensorielles
- en matière de prise en charge en milieu de vie ordinaire, les SESSAD, SAAAIS et SSEFIS couvrent l'ensemble du territoire en dépit d'une faible couverture du bassin 2
- en matière de déficiences sensorielles, on constate l'existence d'un seul SSEFIS tandis que les SAAAIS ne sont présents que dans les bassins 1 et 2.
- 74% des SESSAD<sup>148</sup> sont concentrés dans les bassins 1 et 2 qui représentent 50% des moins de 19 ans.

### En établissements :

- les IME, prenant en charge les déficiences intellectuelles voire l'autisme, sont répartis sur l'ensemble du territoire sauf les îles du Nord.
- aucune structure pour enfants avec troubles du caractère et du comportement (TCC) n'existe dans le territoire de santé du Sud Basse Terre
- Un seul ITEP de 20 places existe dans le bassin n° 4.
- en matière de déficiences sensorielles, le champ du handicap auditif est partiellement couvert par l'offre des établissements de l'association AED à Capesterre-Belle-Eau tandis que le handicap visuel et notamment la basse vision seront pris en charge par une association à Basse Terre.
- la prise en charge des enfants polyhandicapés n'est assurée que par une structure spécialisée de 24 places qui ne pas couvre pas la tranche d'âge supérieure à 14 ans.

---

<sup>144</sup> Le découpage territorial du handicap (conseil général) est celui arrêté pour le secteur des personnes âgées. 3 centres ressources son également autorisés dans le secteur de l'autisme, l'observation sociale et médico-sociale, les aides techniques.

<sup>145</sup> La capacité moyenne des structures (sur la base des autorisations)

3 CAMSP / 3 CMPP : file active ; 12 SESSAD/SAIS/SSEFIS : 54 places / 7 IME pour 10 implantations (dont places autisme) : 78 ; 1 ITEP : 20 places ; 1 centre Basse Vision : 24 places.

<sup>146</sup> La capacité moyenne des structures (sur la base des autorisations)

6 Maisons d'accueil spécialisées : 37 places / 2 Foyers d'accueil médicalisé : 27 places / 9 ESAT : 58 places ; 2 SAMSAH : 43 places ; 11 SSIAD : 4 places ; 1 UEROS : 10 places ; 1 centre Basse Vision : 11 places ; 1 Centre de rééducation professionnelle : 69 places.

<sup>147</sup> Ces structures sont gérées à 95% par des personnes privées.

<sup>148</sup> L'observation repose sur l'implantation des sièges des SESSAD sans traduire pour autant la couverture territoriale des services.

- la prise en charge médico-sociale dans les Iles du Sud est essentiellement assurée par un SESSAD et un IME.
- Les Iles du Nord ne disposent que d'un SESSAD tandis que la part des 0-19 ans représente 30,95% de la population.

S'agissant des enfants pris en charge dans l'Hexagone\*, les données de l'Assurance-maladie indiquent une diminution progressive du nombre de placements<sup>149</sup>. Les motifs indiqués sont l'ouverture de centres pour déficients intellectuels à l'échelle régionale, les décisions de placements de la MDPH privilégiant les structures spécialisées sur place,

- **S'agissant de la prise en charge des adultes handicapés,**

S'agissant des services\* :

- la part dans le secteur des adultes handicapés est de près de 13%
- la part des SSIAD est faible notamment en référence au nombre de places de SAMSAH. Les territoires de santé de Basse Terre et Grande Terre sont partiellement couverts par l'offre de SAMSAH<sup>150</sup>. Seul le handicap psychique est pris en charge. La couverture territoriale mérite d'être améliorée ainsi que celle des types de déficiences.
- Les SSIAD sont répartis sur l'ensemble du territoire guadeloupéen, sauf les Saintes et la COM de Saint Barthélemy qui en sont dépourvus. Leur nombre est faible puisque : 45 places de SSIAD sont réservées à la prise en charge de cette patientèle, soit 6,56 % des SSIAD autorisés et installés.

S'agissant des établissements\* :

- les MAS, dont le taux d'équipement est satisfaisant au regard de la moyenne nationale, sont réparties dans les bassins 1 et 4 (territoire de santé Grande Terre)
- Les ESAT sont également répartis sur le territoire y compris à Marie Galante mais en dehors des Iles du Nord.

## **C. Fonctionnement des établissements médico-sociaux**

### **1. S'agissant du secteur personnes âgées**

- **Sur la base des structures autorisées, les capacités moyennes** constatées sont les suivantes. Pour les 22 EHPAD<sup>151</sup> autorisés la moyenne structurelle est de 53,59 lits ; pour les 86 établissements d'hébergement temporaire la moyenne est 8,6 lits, 11,25 places pour les 12 accueils de jour, 42,66 places pour les 15 SSIAD.
- **Les dépenses médico-sociales\* par habitant de 75 ans et plus s'élèvent au montant régional global de 1 531 euros versus 1 829 en moyenne nationale.** Elles sont ventilées aux montants de :
  - Dépenses médico-sociales personnes âgées : 643 euros vs 1 343 en moyenne nationale
  - Dépenses USLD : 241 vs 220
  - Dépenses en actes infirmiers de soins en secteur libéral : 647 vs 266

Les 15 SSIAD présentent des coûts moyens à la place supérieurs au taux de référence national, soit 15 986 versus 12 600.

- Sur la période 2010-2013, **le Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)** prévoit la programmation financière de 6 071 184 euros pour 521 lits d'hébergement permanent ; 62 550 997 euros pour 131 lits et places d'hébergement temporaire et accueils de jour ; 250 000 pour le financement de 20 places de SSIAD.

<sup>149</sup> En 2004-2005, 68 enfants étaient placés dans une structure de l'Hexagone. En 2010 ils ne sont plus que 18.

<sup>150</sup> Les deux ont leur siège dans le Bassin n° 1 mais leur rayonnement d'intervention s'étend dans les bassins n° 1, 2 et 3.

<sup>151</sup> Sur neuf EHPAD installés, cinq conventions tripartites ont été signées ; les 4 autres sont en cours de négociation dont issues de partition USLD/EHPAD. Sur les cinq signées, 3 sont arrivées à expiration et doivent être renégociées.

- S'agissant des ratios d'encadrement, les sources indicatives sont de trois ordres pour le personnel paramédical des EHPAD. Ceux ci doivent veiller à les respecter dans la limite des enveloppes qui leur sont allouées.

Références	IDE	AS
Fédération Hospitalière de France	1/14 lits	1 / 4,76 lits
Ministère des affaires sociales (convention tripartite)	1/10 lits	1/10 000 points GIR
Plan Solidarité -Vieillesse	1/9000 points GIR	1/4000 points GIR

- Le temps de **médecin coordonnateur** est fixé réglementairement par l'article D.312-156 du code de l'action sociale et des familles, pour les EHPAD renouvelant leur convention tripartite et ceux dont le Groupe iso-ressource moyen pondéré (GMP) est égal ou supérieur à 800. Le temps consacré à sa fonction de coordination ne peut être inférieur à un seuil fixé en rapport avec la capacité d'accueil de la structure.

Equivalent temps plein minimal	Capacité de l'EHPAD
0,20	25 à 44 places
0,30	45 à 59 places
0,40	60 à 99 places
0,50	Supérieure à 100 places

- Concernant les 15 SSIAD, les effectifs moyens sont répartis de la façon suivante (Extraction de REBECA) :

Catégorie	ETP
Direction/ encadrement	14.44
Administration- gestion Services généraux	22.2
Socio éducatif	0.50
Paramédical	133.65
Total	170.79

78,25% des postes sont occupés par le corps paramédical.

- S'agissant du **taux d'occupation**, En 2009, les établissements d'hébergement guadeloupéens (EHPAD et foyer logement hors USLD) ont accueilli environ 590 personnes âgées (pour 646 lits autorisés) ce qui constitue un taux d'occupation de près de 90%.  
8 des 15 services de soins infirmiers à domicile ont pris en charge 440 personnes âgées dépendantes pour un âge moyen non indiqué, réparties en 53,40% de femmes et 37,5% d'hommes.

## 2. S'agissant du secteur des personnes handicapées

Sur la base des structures autorisées, la **dépense médico-sociale\*** (dépense par habitant de moins de 60 ans) au bénéfice des personnes handicapées est de 168 euros versus 160 en moyenne nationale.

Le coût moyen annuel des structures en référence au niveau national :

Dans le secteur de l'enfance en situation de handicap :

Pour les IME, 39 227 euros versus 42 654  
 Pour les ITEP, 61 840 euros versus 58 963  
 Pour les SESSAD/SAIS/SSEFIS 16 810 versus 21 194  
 Pour les CESAEP, 77 076 versus 61 143

Dans le secteur de l'adulte en situation de handicap :

Pour les MAS, 76 673 versus 85 502  
Pour les UEROS, 63 493  
Pour les FAM, 14 149 versus 29 017  
Pour les SAMSAH, 16 720 versus 16 663  
Pour les ESAT, 14 035 versus 15408 (généralistes) et 16 176 (traumatisés cr

Sur la période 2010-2013<sup>152</sup>, le **Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)**, prévoit la programmation financière d'un IME à Baie-Mahault pour un coût de 2 559 230 ; un SESSAD et une extension de SESSAD pour un coût de 535 673 ; deux MAS pour un coût de 6 583 654.

---

---

<sup>152</sup> Au-delà de la période 2010-2013, une programmation est inscrite pour deux MAS pour un montant de 3 245 586 euros.

- C'est sur le fondement du diagnostic régional pluridisciplinaire et partagé avec les acteurs de santé qu'il s'agit de **définir les orientations et priorités du Plan Stratégique Régional de Santé**. Selon deux modalités principales :
- D'une part, il s'agira de décliner **les priorités attendues pour les cinq grands domaines que sont le handicap et le vieillissement, les risques sanitaires, la périnatalité et la petite enfance, les maladies chroniques, la santé mentale incluant les addictions et la santé des jeunes**. Rompant avec l'approche cloisonnée des anciens modes de planification territoriale, ces grands domaines doivent permettre d'aborder les problématiques de santé sous l'angle de la **transversalité** en mettant en relief les parcours de santé des personnes, en reliant et coordonnant les secteurs de prise en charge (*Chapitre I*).
- D'autre part, s'agissant des prises en charge sectorielles que sont la promotion de la santé, la prévention, les soins ambulatoires, les soins hospitaliers, les prises en charge médico-sociales, il conviendra **d'annoncer les principes structurants et d'organisation de chacun de ces services de santé sur le territoire**. Le PSRS mettra en exergue le schéma cible pour chaque secteur, préfigurant ainsi la phase d'adoption des schémas sectoriels du PRS (SRP, SROS, SROMS). Les **objectifs régionaux spécifiques par secteur, les plans d'actions et schémas cible (implantation et répartition(s) territoriale(s) des activités, niveaux et organisation des services, modalités de recomposition et de coopérations)** seront déclinés dans cette partie (*Chapitre II*).

#### Chapitre I : Transversalité du PSRS : l'approche par les cinq grands domaines<sup>153</sup>

- ✚ **Avant-propos** : Selon les termes réglementaires<sup>154</sup> **les conférences de Territoire ont pu faire valoir leurs travaux dans le cadre de l'élaboration du PSRS**. C'est une des fonctions assignées aux développements suivants qui, tout en s'inscrivant dans la démarche globale des cinq grands domaines, tiennent compte des travaux des 3 Conférences. L'insertion d'un **volet spécifique pour les îles du Nord** s'inscrit dans le cas particulier des dispositions de l'**ordonnance n°2010-331 du 25 mars 2010** invitant à singulariser les dispositions du PRS les intéressant du fait de leur situation statutaire de **collectivités d'Outre mer**.
- La méthode d'investigation des **cinq grands domaines** échappe à l'ancienne logique de planification de services. Elle a permis de **s'attacher à la description pluridisciplinaire des parcours de santé** en les examinant sous l'angle de la prévention, l'accès aux offres de services, la réduction des inégalités en santé, la qualité et l'efficacité des prises en charge, les coordinations sectorielles nécessaires ainsi que le respect des droits des usagers.

#### I. Le domaine du Handicap et du Vieillissement

##### A. Constats, enjeux et problématiques du domaine

- La plupart des constats, enjeux et problématiques du domaine sont également recensés à l'échelle nationale.
- On constate en premier lieu **une connaissance épidémiologique à améliorer**. La connaissance est principalement centrée sur les affections et la qualité de vie des personnes. Les données sur l'incidence et la prévalence des handicaps et dépendances liées au vieillissement sont relativement peu approchées voire inexistantes<sup>155</sup>.
- La problématique du **vieillissement de la population** doit être prise en considération. Sous l'angle quantitatif, en dépit de la forte représentation des moins de 25 ans, les projections indiquent une

---

<sup>153</sup> Les 5 grands domaines ont fait l'objet de 5 ateliers de travail dont les modalités de travail (chefferies, participations, réunions, contributions) ont été pilotées par la Conférence de la Santé et de l'Autonomie. Les ateliers ont pour l'essentiel rendu leurs productions au cours du mois de février 2011. Celles-ci sont accessibles sur l'espace collaboratif de l'ARS (share point).

<sup>154</sup> Art 1434-2 du Code de Santé Publique.

<sup>155</sup> Pour illustration, les données de la Maison Départementale du Handicap ne sont pas encore disponibles. Le niveau de connaissance sur la maladie d'Alzheimer n'est à ce jour qu'extrapolé.

proportion croissante des classes d'âge des plus de 60, 75 ans et plus, des plus de 80 ans à l'horizon de 2040<sup>156</sup>. Cette transition dans la structure démographique témoigne de l'allongement de l'espérance de vie avec pour conséquences une part croissante des affections chroniques, voire vieilles, ainsi que des poly pathologies.

- Les **inégalités territoriales et sociales** en santé sont marquées, notamment en raison de :
  - la répartition des effectifs (professions de santé et structures)
  - les contraintes d'accessibilité aux services de transport
  - une forte proportion de la précarité à l'échelle territoriale globale.
- **L'offre de services** indique une faible lisibilité des filières de prises en charge du secteur, qui couvrent un champ diversifié (handicap, personnes âgées, addictions, publics en difficulté) mais le plus souvent organisées de façon compartimentée<sup>157</sup>. Les démarches de coordination des intervenants (réseau, CLIC) notamment au domicile font défaut.
- **Enjeux et problématiques du domaine :**
  - L'enjeu de réduction des inégalités sociales et de répartition des ressources
  - L'enjeu de régulation globale de l'offre (efficacité, contrôles, recomposition, autorisations, leviers financiers)
  - L'enjeu de développements de modalités de prise en charge adaptées<sup>158</sup> au besoin des bénéficiaires (diversification/maintien à domicile)
  - Le double enjeu de l'efficacité (coût/qualité)
  - Un contexte d'émergence de nouveaux métiers
  - Une étanchéité des catégories juridiques des services et dispositifs (ex HAD, SSIAD, AIS)
  - Un contexte de morcellement et de dispersion des promoteurs

## **B. Les grandes orientations du domaine**

- Les **objectifs généraux du domaine** indiquent trois grandes priorités stratégiques que sont :
  1. **L'amélioration de l'approche épidémiologique du handicap et de la dépendance liée au vieillissement :**

L'observation des besoins et situations des personnes handicapées et âgées notamment par la mise en place d'un système d'information régionalisé devrait contribuer à :

    - ✚ Améliorer la connaissance épidémiologique des secteurs à la fois au bénéfice du public ainsi qu'au bénéfice des professionnels de santé
    - ✚ Améliorer la connaissance des typologies de déficiences ainsi que contribuer à adapter l'offre aux besoins des usagers
    - ✚ Inciter les partenaires sectoriels à la mise en commun de leurs données
  2. **L'amélioration de l'organisation du maintien et de l'accompagnement à domicile :**

Cet objectif est axé autour du maintien à domicile et la qualité de la prise en charge d'une part ; le développement de structures d'accompagnement à domicile d'autre part.

    - ✚ **Le maintien à domicile et qualité de la prise en charge** au sein de l'aire territoriale globale devraient permettre, dans le cadre d'interventions complémentaires, une prise en charge adaptée aux situations des personnes, la maîtrise des risques d'erreur de diagnostic et d'hospitalisations inopportunes. Fondée sur une démarche de prise en charge précoce des

---

<sup>156</sup> Pour illustration, la part des 75 ans et plus passerait de 5,63% de la population en 2007 à 19,28% en 2040.

<sup>157</sup> Cette situation rend difficile la prise en charge de situations complexes (ex : polyhandicap ou de handicap lourd).

<sup>158</sup> Objectif de désinstitutionalisation des enfants handicapés, maintien en milieu de vie ordinaire des personnes âgées dépendantes, prise en charge de certains types de déficience (ex troubles du caractère et du comportement, polyhandicapés, impasses hospitalières).

handicaps et de la dépendance la filière devra s'appuyer sur l'intervention d'équipes pluridisciplinaires dédiées en ambulatoires, les soins de 1<sup>er</sup> recours à domicile et des consultations spécialisées au sein des établissements de santé.

- ✚ **Le développement des structures d'accompagnement à domicile**, doit contribuer à la préservation de l'autonomie des bénéficiaires, assurer le suivi médical et paramédical à domicile. L'accompagnement médico-social ainsi que la socialisation, la scolarisation, la prise en charge en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie. L'accès aux offres pourra porter sur les SSIAD Alzheimer, les structures de répit, les SESSAD pour toutes les tranches d'âge, l'amélioration de la répartition territoriale des SSIAD et des SAMSAH. Elle devra notamment permettre, dans des cas adaptés, d'éviter le recours à l'hospitalisation (personnes handicapées vieillissantes à domicile, enfants handicapés socialisés et scolarisés en milieu ordinaire).

### **3. Le développement et la consolidation de la filière de prise en charge du handicap et du vieillissement : améliorer la coordination et la continuité des prises en charge en établissement**

Cet objectif est axé autour du développement des structures inexistantes ou insuffisantes ; l'amélioration de la qualité de prise en charge institutionnelle ainsi que la structuration de la filière du handicap et de la gériatrie.

- ✚ **Le développement des structures inexistantes ou insuffisantes** doit tenir compte de l'exigence d'accessibilité territoriale (couverture territoriale, rattrapage du taux d'équipement national) ainsi que l'adaptation à la diversité des situations des bénéficiaires (personnes handicapées vieillissantes, situations lourdes, impasses hospitalières). La coordination intersectorielle doit être renforcée (handicap, gériatrie, urgences, médecine générale et spécialisée) ainsi que l'offre de prévention pour les situations ciblées (patients lourds, Alzheimer, AVC, accidentés de la route). On s'attachera à favoriser le dépistage précoce pour les principaux troubles et déficiences (autisme, déficience sensorielles et cognitives, Alzheimer)

- ✚ **L'amélioration de la qualité de prise en charge institutionnelle ainsi que la structuration de la filière du handicap et de la gériatrie** s'appuieront sur des objectifs de partenariats (conventions entre établissements médico-sociaux et sanitaires ; contrat entre EHPAD et professionnels de santé libéraux) ; une démarche de coordination régionale (réseaux gérontologique et handicap, CLIC, MAIA). L'offre de prise en charge devra permettre la mise en évidence des filières gériatrique et du handicap. Elle s'appuiera sur le développement d'équipes mobiles de gériatrie, le principe de répartition adéquate territoriale d'offres selon les types de handicap et de déficience. Il s'agira de prendre en compte les besoins de santé des résidents, éviter les prises en charge inadaptées et aggravations de la perte d'autonomie.

## **II. Le domaine des Risques Sanitaires**

### **A. Constats, enjeux et problématiques du domaine**

- **L'aire territoriale est particulièrement sensible aux problématiques de santé liées à l'environnement.** Le contexte géographique, l'aménagement du territoire, la densité de population, l'activité agricole ainsi que le recours à la consommation ont suscité des situations de dégradation de certains milieux ainsi que des risques sanitaires potentiels.
- **S'agissant des maladies vectorielles**, la dernière épidémie de **Dengue** (2010), a été à l'origine de plus de 43.000 cas vus en consultation de médecine générale de ville, 400 hospitalisations et 5 décès. L'expertise prévoit une évolution vers une hyper endémicité de la dengue aux Antilles dans les années à venir. Pour la période 2002 - 2008, le taux de mortalité pour la **leptospirose** est 100 fois plus important en Guadeloupe qu'en France hexagonale.
- S'agissant de la **qualité de l'eau**, les pénuries et tours d'eau perturbent l'alimentation en eau potable pendant le carême. On constate :
  - une contamination ancienne et massive des ressources par des produits phytosanitaires organochlorés.
  - Un retard important du département dans l'instauration des périmètres de protection des captages

- Des situations de non conformité fréquentes et régulières vis à vis du respect des normes en turbidité et aluminium de l'eau distribuée sur certaines parties du territoire, et ponctuelles vis à vis des normes bactériologiques (Cote sous le vent et Nord Basse Terre).
- Des conditions climatiques locales favorables au développement de légionnelles dans l'eau.
- La qualité de l'eau apparaît comme une **préoccupation majeure de la population guadeloupéenne**. Une part importante de cette population, souvent à tort, considère que l'eau distribuée est de mauvaise qualité.
- S'agissant des **maladies émergentes**, Le contexte entomologique est totalement favorable à l'émergence des virus de **West-Nile** et du **Chikungunya**. Le premier a déjà circulé localement au sein de l'avifaune et du cheptel équin. La dissémination du second en Guadeloupe aurait des conséquences dramatiques au plan sanitaire, économique et social.  
Comme sur le reste du territoire français, **d'autres risques de santé publique liés aux maladies émergentes ou ré émergentes ont été identifiés** : la grippe aviaire, la tuberculose, la rougeole, le VIH SIDA, les IST, hépatites B et C et le développement de résistances bactériennes aux antibiotiques.

## **B. Les grandes orientations du domaine**

- **Les objectifs généraux du domaine indiquent trois grandes priorités stratégiques :**
  1. S'agissant des maladies vectorielles, **l'objectif prioritaire devra tendre à la diminution de l'incidence de la dengue, de la leptospirose et leurs complications**.  
Il s'agit d'une part de renforcer **la lutte contre le moustique vecteur** en développant des moyens de lutte alternatifs non chimiques ; d'autre part d'améliorer la **connaissance de la leptospirose et de ses déterminants environnementaux** afin de mieux lutter contre cette maladie.  
Les outils privilégiés pourront être l'élaboration et la mise en œuvre des plans de surveillance et de gestion (incluant l'implication des usagers et des partenaires institutionnels dont les collectivités locales), le renforcement de la lutte environnementale ainsi que la promotion et l'éducation à la santé.
  2. S'agissant de la consommation d'eau, **l'objectif prioritaire consistera à l'amélioration de la qualité d'eau du réseau et la restauration de la confiance du public**. Il s'agit de réduire la fréquence et la durée des coupures d'eau ; maintenir la distribution d'une eau conforme au regard du paramètre pesticides ; protéger les captages contre les pollutions accidentelles ; améliorer le traitement de la turbidité des eaux superficielles et maîtriser les traitements à base d'aluminium ; maîtriser le risque légionellose ; redonner confiance au public. Les outils privilégiés pourront consister à veiller à l'exécution des arrêtés préfectoraux, l'amélioration des procédures d'alerte et d'information en direction du public, le renforcement des partenariats avec l'Office de l'eau, les collectivités territoriales et les gestionnaires.
  3. S'agissant de l'implantation et la diffusion des maladies émergentes, **l'objectif prioritaire consistera à la prévention et à la gestion de la survenue de maladies émergentes ou ré émergentes**. Il s'agit d'éviter et retarder l'implantation de certaines pathologies émergentes, dont certaines pathologies vectorielles, et limiter leur impact sanitaire. Les outils privilégiés pourront être l'amélioration des dispositifs de surveillance et de réponse non spécifiques y compris les infections associées aux soins, l'élaboration de plans de surveillance et de réponse spécifiques pour les menaces identifiées (Chikungunya, West-Nile, Paludisme) ; l'amélioration de la réactivité du système d'identification des menaces, la facilitation du dépistage.

## **III. Le domaine de la Périnatalité et de la Petite Enfance**

### **A. Constats, enjeux et problématiques du domaine**

- **Constats généraux**  
Les **taux de fécondité et de natalité** tendent à se rapprocher du niveau national. Le constat global indique une **diminution pluriannuelle du nombre de naissances en Guadeloupe<sup>159</sup>**, un **taux d'IVG**

<sup>159</sup> On notera également une augmentation de l'âge moyen de la maternité : 29,3 en 2007.

élevé au sein de l'aire territoriale globale, un maintien des naissances pour les îles du Nord. Les proportions des mères mineures (4,1% des naissances) et des naissances hors mariage sont significatives (trois quarts des naissances). On notera également la **situation particulière de la maternité de Saint-Martin** où plus de la moitié des femmes hospitalisées dans le service de gynécologie-obstétrique est d'origine étrangère et ou sans couverture sociale.

- **En matière de santé maternelle**, la mortalité maternelle est principalement représentée par l'hémorragie de la délivrance et par l'HTA. En voie de diminution progressive depuis 2005, le **taux de l'IVG** reste le plus élevé de France<sup>160</sup>. Il est particulièrement important s'agissant de **l'IVG de récurrence**<sup>161</sup>. Outre ce domaine, les grandes problématiques mises en relief sont :
  - le nombre élevé de mères et de jeunes enfants en surpoids
  - le nombre élevé de césariennes et de grossesses à risque
  - la couverture vaccinale des femmes enceintes à améliorer
- Ces constats induisent la réponse aux enjeux suivants :
  - La réduction des IVG de récurrence
  - La diminution de l'HTA et de l'obésité chez la femme enceinte
  - La réduction de la fréquence globale des accouchements par césarienne
  - L'identification des grossesses à risque et l'orientation des femmes enceintes
  - L'amélioration de la couverture vaccinale des mères
- **En matière de santé périnatale**, la mortalité périnatale reste significative<sup>162</sup>. On constate également l'augmentation du nombre d'enfants en surpoids, le **dépistage tardif des troubles sensoriels**, les difficultés de prise en charge précoce des **handicaps et troubles du nouveau-né**, l'absence de Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal installé régionalement, les Inégalités d'accès à l'AMP et au DPN.
  - Ces constats induisent la réponse aux enjeux suivants :
    - La réduction du taux de mortalité des nouveau-nés
    - La diminution de l'obésité et du surpoids des nouveau-nés
    - Le dépistage des troubles sensoriels des nouveau-nés
    - Le dépistage précoce des handicaps et des troubles d'apprentissage de base des enfants afin de leur assurer une prise en charge optimale
    - La coordination régionale des acteurs intervenant en périnatalité
  - **En matière de santé infantile**, on constate les difficultés de prise en charge des troubles sensoriels, du langage ou de l'apprentissage des enfants ; une couverture vaccinale des enfants en voie de diminution.
    - Ces constats induisent la réponse aux enjeux suivants :
      - Le dépistage précoce des troubles de l'enfant (sensoriels, du langage ou de l'apprentissage) afin de lui assurer une prise en charge optimale

---

<sup>160</sup> 32 cas pour 1000 femmes en âge de procréer versus 36 pour les îles du Nord.

<sup>161</sup> A partir des bulletins de déclaration et ou de dossier patientes ayant eu recours à un IVG, on notera un taux d'IVG de récurrences avec une proportion de femmes ayant des antécédents d'IVG approchant 42% versus 20 en moyenne nationale.

<sup>162</sup> Avec une forte incidence des mort-nés en particulier dans les catégories de moins de 1000 grammes

- L'amélioration de la vaccination des enfants

## **B. Les grandes orientations du domaine**

- Les objectifs généraux du domaine indiquent des grandes priorités stratégiques en matière de santé maternelle, périnatale et infantile.

1. En matière de santé maternelle, les priorités assignées sont les suivantes :

- ✚ **La réduction du taux d'IVG de récurrence.** La priorité devrait permettre de contribuer à la réduction générale du taux d'IVG considérant la forte représentation de la récurrence au niveau régional. Cette mesure devrait en particulier s'appuyer sur le principe d'information sur les dispositifs (accessibilité aux modes de contraception, accessibilité du planning familial).
- ✚ **La réduction de la fréquence globale des accouchements par césarienne chez les femmes enceintes à bas risque obstétrical.** La diminution du nombre de césariennes devrait également reposer sur l'information des publics et notamment sur la sensibilisation des professionnels.
- ✚ **La réduction de la part des décès évitables parmi les décès de causes obstétricales.**
- ✚ **La réduction de l'obésité chez la femme enceinte.** La réalisation de l'objectif sera fondée sur l'information nutritionnelle ainsi que sur le risque maternel et fœtal, la revalorisation de l'allaitement maternel. La qualité de l'offre reposera sur l'élaboration de protocoles de dépistage et de prise en charge, l'identification de filières de prise en charge spécifiques (notamment par des structures de proximité) pour le suivi des grossesses à risques.

2. En matière de santé périnatale, les priorités assignées sont les suivantes :

- ✚ **La réduction du taux de mortalité des nouveau-nés.** Il s'agit de favoriser la réduction de moitié de l'écart de taux entre la région et le niveau national. Outre la sensibilisation des professionnels il conviendra de formaliser au sein du réseau de soins des référentiels d'orientations notamment s'agissant des parturientes présentant une situation à risque de complication de grossesse.
- ✚ **L'amélioration du dépistage et de la prise en charge précoces des enfants présentant des troubles sensoriels, des difficultés liées au handicap et aux troubles de l'apprentissage de base.** Il s'agit de renforcer le dépistage et la prise en charge précoce des enfants de 0 à 3 ans en particulier dès la première année de la vie.

Les populations prioritaires : les enfants ayant séjourné en service de néonatalogie et réanimation néonatale (prématurés, souffrance fœtale aigüe, anomalie génétique, retard de croissance), avec le principe de dépistage dès l'hospitalisation ; les enfants de 0 à 3 dépistés par la PMI, pédiatres, médecins, structures de petite enfance ; le dépistage de la surdité dès la maternité.

Qualité de l'offre : la prise en compte de la problématique de la montée en charge, le problème de l'aval (SESSAD, IME, CMPP, CMP) notamment la prise en charge des autistes et des enfants polyhandicapés (structures relais).

3. En matière de santé infantile, les priorités assignées sont les suivantes :

- ✚ **L'amélioration du dépistage des troubles sensoriels chez l'enfant.** Les objectifs assignés consistent à dépister les troubles auditifs avant l'âge de 4 ans et les troubles visuels avant l'âge de 6 ans. La qualité de l'offre sera fondée sur l'amélioration des connaissances dans le domaine ainsi que sur une démarche coordonnée des professionnels (exercice pluridisciplinaire). Il s'agira de développer des programmes de mise en œuvre spécifiques pour des populations à risque ; améliorer la prise en

charge en classe ordinaire ainsi que les structures spécialisées pour les troubles de l'apprentissage.

- ✚ **La réduction de l'obésité.** Il s'agit de contribuer à la diminution du surpoids et de l'obésité chez l'enfant. On favorisera l'information des femmes en âge de procréer sur le surpoids et les risques pour l'enfant ; l'éducation de la femme enceinte et celle des parents. La qualité de l'offre implique une capacité d'information par tous les acteurs de la périnatalité et de la prise en charge des enfants, notamment en faveur du milieu scolaire ainsi que les parents. Le dépistage est à réaliser en PMI et en milieu scolaire. Des filières de prise en charge doivent être définies de façon graduée.
- ✚ **L'amélioration de la couverture vaccinale des enfants.** Il s'agit d'améliorer le taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole de 95% pour la première dose. L'objectif repose sur une capacité de diffusion de l'information auprès des professionnels, des parents ainsi qu'en milieu scolaire.

#### IV. Le domaine des Maladies Chroniques

##### A. Constats, enjeux et problématiques du domaine

- Les principaux éléments de constats indiquent que la **plupart des décès à l'échelle territoriale globale sont dues aux complications cardiovasculaires des suites de l'hypertension artérielle ainsi que du diabète**. Le niveau de prévalence de ces deux affections augmente de façon significative du fait de l'**obésité** (celle-ci multiplie par 3 la prévalence de l'HTA. On notera la forte corrélation entre obésité et diabète) ainsi que du fait de la **sédentarité**. L'accroissement de l'obésité touche en particulier les jeunes et ceci dès la prime enfance. Le constat est également celui d'une insuffisance de la pratique sportive tant chez les enfants que chez l'adulte. Celle-ci est aggravée lors d'un contexte social défavorable. Les mauvaises habitudes alimentaires concourent à l'apparition et/ou à la majoration de l'obésité.  
Le **diabète et ses complications sont des motifs importants d'hospitalisation** : infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux, infections, artérite et son corollaire l'amputation, l'insuffisance rénale par néphropathie diabétique qui est à l'origine de 50% des prises en charge en dialyse. On notera également pour ce grand domaine des facteurs de risque plus importants du fait du vieillissement de la population ainsi que des indices socio-économiques défavorables.
- Dans ce contexte les principaux enjeux consisteront à :
  - L'incitation à asseoir les conditions de **stabilisation de l'incidence de l'HTA et du diabète**, la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique, le dépistage des complications.
  - L'orientation de **l'offre de santé vers une prise en charge pluridisciplinaire**. Le médecin traitant est l'acteur principal de cette prise en charge en y associant les multiples acteurs du soin au sein de structures de santé ambulatoires soit en amont, soit en relais de la prise en charge hospitalière.
  - **L'association des acteurs du soin avec ceux de la prévention spécialisée dans les domaines de la nutrition et des activités physiques** L'information sur les risques mais surtout l'éducation alimentaire, le dépistage de l'obésité, du diabète, de l'HTA est à promouvoir avec des actions de formation auprès des professionnels de santé, de la restauration et des établissements scolaires.
- **Les cancers sont la première cause de mortalité prématurée à l'échelle régionale**. On constate en référence au niveau national, une incidence plus représentative du cancer de la prostate et une incidence moindre mais plus précoce du cancer du sein. Les infections sexuellement transmissibles sont en croissance chez les plus jeunes, le dépistage du VIH est tardif. Il apparaît faible pour les hépatites.
- Dans ce contexte les principaux enjeux porteront sur :

- L'amélioration de la prise en charge précoce des pathologies retenues et la diminution de leurs complications
- La coordination des différents acteurs du dépistage et de la prise en charge..

## B. Les grandes orientations du domaine

- Les objectifs généraux du domaine indiquent deux grandes priorités stratégiques que sont :

1. la lutte contre l'obésité, le surpoids, la sédentarité afin de diminuer l'incidence et la prévalence des maladies chroniques. Les priorités assignées sont les suivantes :

- ✚ Faciliter l'accès à une alimentation équilibrée et une pratique d'activités physiques. Il s'agira en priorité de diminuer sur cinq années, de 15% en moyenne, chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans ainsi que chez les adultes, la prévalence globale de l'obésité.
- ✚ Améliorer la qualité de vie des patients et la qualité de prises en charge. On s'efforcera de diminuer les complications rénales, cardio-vasculaires, neurologiques, ophtalmologiques et cutanées ; de contribuer à l'augmentation du nombre de patients « autonomes » dans la gestion de la maladie.

2. La promotion du dépistage et de la vaccination

- ✚ Promouvoir le dépistage. Il s'agira :
  - D'augmenter le diagnostic précoce des cancers du sein et du colon
  - Atteindre les 100 % de connaissance du statut drépanocytaire à la naissance
  - Atteindre les 50 % de connaissance du statut hémoglobinique dans la population
  - Atteindre l'exhaustivité du dépistage et de l'information des transmetteurs de la drépanocytose
  - Diminuer le pourcentage des découvertes du VIH au stade de la maladie
  - Augmenter le pourcentage de dépistages des Hépatites des parturientes et de leurs conjoints
  - Promouvoir le dépistage de l'insuffisance rénale par le dépistage de la micro albuminurie et la clairance de la créatinine
- ✚ Promouvoir la vaccination. Il s'agira de :
  - Améliorer le taux de couverture vaccinale générale
  - Augmenter la vaccination de la population contre l'hépatite B

## V. Le domaine de la Santé Mentale, des Addictions et de la Santé des Jeunes

### A. Constats, enjeux et problématiques du domaine

- Les données régionales indiquent une part importante des troubles psychiques, anxieux et dépressifs ainsi que du niveau de consommation de psychotropes. Les principaux constats du domaine, outre le **vieillessement** constaté de la population induisant des enjeux en matière de prise en charge psychogériatriques, portent sur :
  - l'importance des **facteurs psychosociaux** : le tissu social est en effet caractérisé par les fortes représentations de la monoparentalité, des taux significatifs du chômage et des allocations de revenus et minima sociaux, des situations d'exclusion sociale, des comportements à risque notamment des actes de violence (en particulier de nature sexuelle). On notera les phénomènes de passage à l'acte chez l'adolescent et le jeune adulte (accidents, suicides), une surreprésentation des troubles psychiques chez les personnes sous main de justice, la souffrance psychique au travail.
  - A ces facteurs se conjuguent les **contraintes d'inégalités territoriales de santé** : du fait de l'inégale répartition des professionnels de santé et de la situation de double insularité.

- Les **conduites addictives** : on note depuis quelques années une recrudescence de la consommation d'alcool chez les mineurs avec des phénomènes d'alcoolisation massive et brutale<sup>163</sup>.
- Une **offre sanitaire et médico-sociale contrainte dans sa capacité de réponse à la variété des publics concernés** (personnes âgées, personnes handicapées, enfants et adolescents, personnes sous main de justice, situations d'exclusion et précarité). Pour illustration on notera la fréquence des troubles psychiques sous-dépiés, le taux de recours excessif à l'hospitalisation sous contrainte (HO, HDT).

## **B. Les grandes orientations du domaine**

- Les **objectifs généraux du domaine indiquent trois grandes priorités stratégiques que sont :**

### **1. Les conduites addictives et à risque**

- ✚ Il s'agira de **prévenir les usages nocifs de l'alcool et autres drogues**. La qualité de l'offre s'appuiera sur la formalisation de liens intersectoriels entre les structures de prise en charge des addictions, la santé mentale, les soins somatiques, le secteur médico-social ; l'amélioration de la compétence des professionnels de santé et des intervenants sociaux par l'information et la formation ; l'information du public et des professionnels sur les structures de prise en charge.
- ✚ La **promotion du risque zéro toxique chez la femme enceinte**, outre la liaison entre les structures de périnatalité et d'addictologie, s'appuiera sur la formation des professionnels de santé au dépistage du syndrome d'alcoolisme fœtal.
- ✚ Le **repérage et l'accompagnement adéquat et de proximité des personnes dépendantes et de leur entourage** devra reposer sur la capacité de réponse du secteur ambulatoire de proximité ; la réduction de la stigmatisation et de l'exclusion des personnes dépendantes.

### **2. Les troubles psychiques**

- ✚ Il s'agira de **faire évoluer les représentations en matière de troubles psychiques et troubles de l'adaptation**. Les orientations seront axées sur l'amélioration des compétences des professionnels de santé et intervenants en matière de santé mentale ; la réduction de la stigmatisation et des risques d'exclusion ; la mise en œuvre intersectorielle de références et culture communes en matière de santé mentale ; l'insertion de la prévention des troubles psychiques dans les actions de prévention de l'ensemble des facteurs de risque.
- ✚ **L'amélioration du repérage des troubles psychiques** sera fondée sur la prévention et le dépistage de l'ensemble des troubles psychiques ; la limitation des troubles psychotiques à tous les stades de la vie (adolescents, jeunes adultes, seniors) ; le renforcement de l'offre de soins ambulatoire ; l'amélioration de la prise en charge des situations d'urgence ou de crise ; la lutte contre la stigmatisation et l'exclusion ; les pratiques de coordination des acteurs.
- ✚ Il s'agira de **développer et diversifier l'accompagnement médico-psycho-social des personnes présentant des troubles psychiques et de leur entourage** : faciliter le dépistage des troubles psychiques et de l'adaptation. La qualité de l'offre reposera sur les pratiques de liaison et de réseau, la prise en charge des situations d'urgence ou de crise, les structures d'insertion dans la communauté. Elle reposera également sur les structures d'insertion et de réhabilitation, l'implication de l'entourage et des familles, le développement de l'éducation thérapeutique.

### **3. Les risques psycho-sociaux**

- ✚ La **réduction des comportements à risque** repose sur la capacité d'information/formation sur les principaux comportements à risque ; la réduction de la souffrance au travail pour les personnels les plus exposés ; une offre de service de proximité pour les publics en situation de précarité ou d'exclusion ainsi que les personnes sous main de justice.

<sup>163</sup> Le nombre d'accidents de la route sous emprise d'alcool va croissant (25,9% des causes d'accidents de la route). Ce taux deux fois plus élevé que la moyenne nationale positionne la Guadeloupe au 4<sup>ème</sup> rang départemental.

- ✚ Il conviendra également d'améliorer la situation des personnes en situation ou en risque de précarité et ou d'exclusion. La prise en compte des besoins globaux des populations spécifiques, le recours aux services mobiles ou de proximité spécifiques, la coordination intersectorielle constitueront des orientations prioritaires.
- ✚ L'amélioration de l'accompagnement des personnes sous-main de justice sera principalement axée sur la prise en compte de la souffrance psychique et du risque suicidaire ; la prise en charge spécifique des auteurs de violence sexuelle.

## VI. Les cinq grands domaines pour le territoire des îles du Nord

- 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.

### 1. Le domaine du handicap et du vieillissement

#### a. Le Handicap

- **La prise en charge du handicap<sup>164</sup> 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.

<sup>164</sup> 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.

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.

## 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 citoyen<sup>165</sup>. L'habitat est composé de citernes de façon générale.

---

<sup>165</sup> 6,5 euros le m<sup>3</sup>

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.**

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<sup>ème</sup>
- **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 active<sup>166</sup> 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 ».

---

<sup>166</sup> 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.

- 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).
- 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 service<sup>167</sup> 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 Addictions<sup>168</sup> 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

<sup>167</sup> 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...).

<sup>168</sup> 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

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 jeunes<sup>169</sup> dans leur ensemble. Elle constate :**

- le recours aux addictions
- 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.

## **B. 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 handicapées<sup>170</sup> 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.

<sup>169</sup> 42,4% de la population a moins de 25 ans sur l'île.

<sup>170</sup> La Commission Territoriale des Droits et de l'Autonomie des Personnes handicapées s'est mise en place récemment à Saint Barthélemy.

La construction d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes<sup>171</sup> (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.**

- **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 difficile<sup>172</sup>
- 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**

<sup>171</sup> 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.

<sup>172</sup> 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

- La collectivité<sup>173</sup> 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.

 **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'hémochromatose<sup>174</sup>**

---

<sup>173</sup> 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.

- 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.

## **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 »

### **C. 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**

---

<sup>174</sup> 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.

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 II : Organisation des services de santé sur le territoire

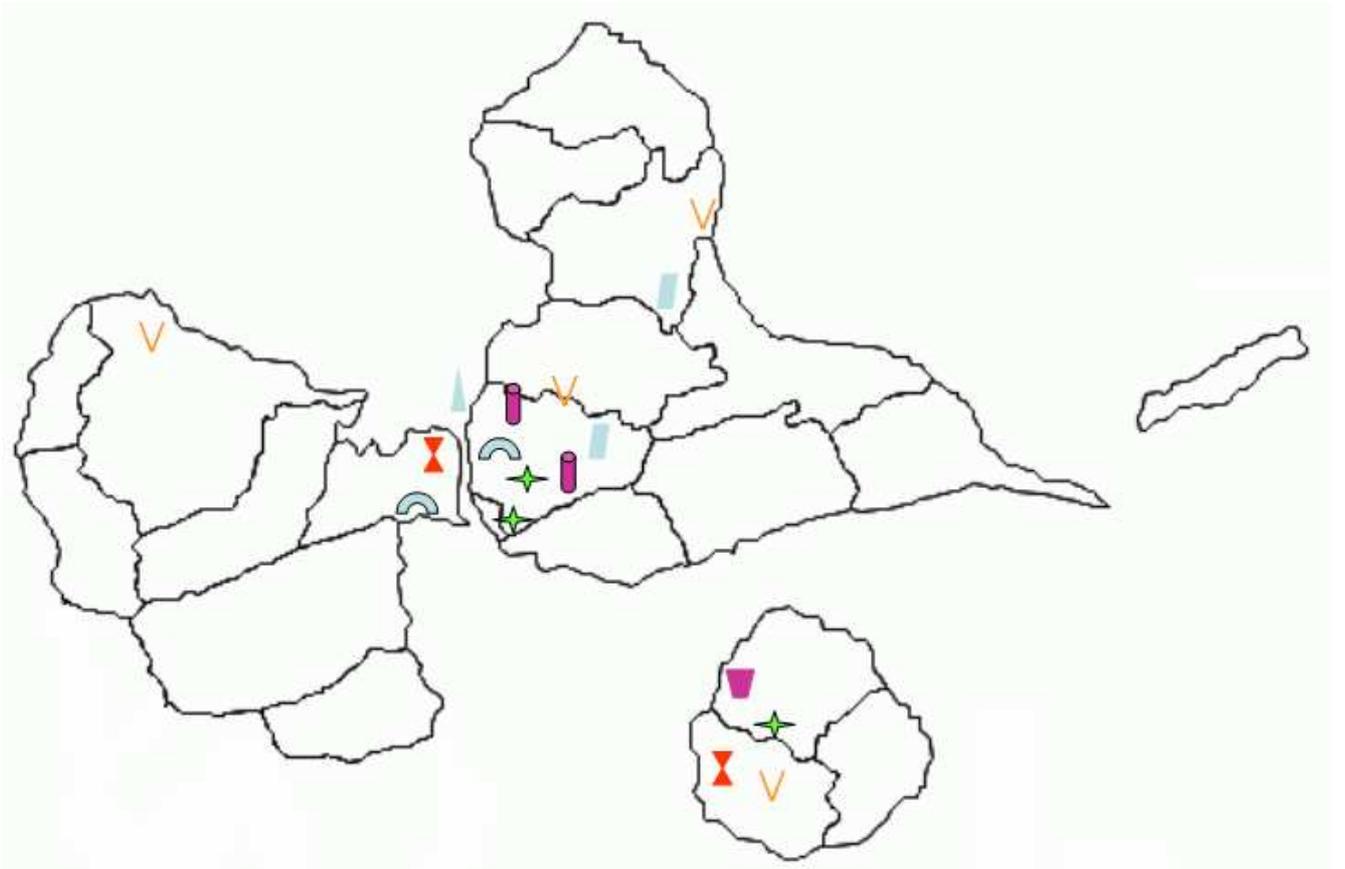
Comme annoncé, cette partie doit permettre, en introduction des schémas sectoriels, la **description des organisations territoriales des prises en charge sectorielles** (prévention, soins, médico-social) en termes d'implantations et répartitions des activités, les niveaux de services et modalités de recompositions, coopérations attendues.

### I - Principes structurants et organisation des services du secteur de la prévention

#### A. Cartographie

	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





## **B. Les activités**<sup>175</sup>

### **1. S'agissant de la Vaccination**

☞ L'objectif est d'atteindre un taux de couverture de 95 % pour deux doses de vaccination de la rougeole chez les personnes nées depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1980 et 90 % pour toutes les autres vaccinations.

L'institut Pasteur continuera d'assurer la centralisation des commandes et le recueil des données vaccinales.

La vaccination hors PMI et médecine générale, devra s'appuyer sur des sites fixes, ouverts tous les jours et rassemblant si possible plusieurs offres de prévention.

### **2. S'agissant du Dépistage VIH IST**

#### **Contexte :**

Le dépistage demeure trop tardif en Guadeloupe : plus de la moitié des patients dépistés le sont au stade de Sida. Pourtant, les traitements aujourd'hui disponibles, changent considérablement les enjeux en matière de VIH Sida. Un dépistage précoce et une mise sous traitement rapide permettent une meilleure prise en charge du VIH en tant que maladies chroniques au même titre que l'HTA, le Diabète. Ceci a conduit les spécialistes à préconiser une réorientation de la stratégie de lutte contre le VIH en accentuant fortement l'incitation au dépistage.

☞ L'objectif à atteindre est indiqué dans le volet outre mer de plan VIH national : Réduire de 50 % en 5 ans, la proportion de personnes découvrant leur séropositivité VIH au stade sida.

La coordination au niveau régional est assurée par le COREVIH basé au CHU de Pointe à Pitre. L'activité de dépistage est faite dans des CIDDIST hospitaliers ou associatifs qui font remonter leurs informations aux COREVIH. L'organisation de l'offre du dépistage rapide devra être réalisée sous l'égide du COREVIH au plus tard en 2012.

### **3. S'agissant du dépistage de la Drépanocytose**

#### **Contexte :**

Cette maladie rare, très invalidante, est fortement présente en Guadeloupe (1 naissance sur 350 contre 1 sur 3500 en métropole). A ce jour, l'espérance de vie des malades drépanocytaires et leur condition de vie sont moins bonnes que celle des patients atteints du VIH. Il convient donc de donner aux futurs parents les informations nécessaires à une prise de décision.

☞ Les objectifs à atteindre sont :

- 0 naissance drépanocytaire non connue avant l'accouchement
- 100 % des statuts des enfants nés en Guadeloupe à inscrire dans le carnet de santé à l'entrée en 6<sup>ème</sup>.

Le centre caribéen de la drépanocytose au CHU de Pointe à Pitre est le centre de référence pour la région.

Le dépistage est réalisé de manière systématique à la maternité.

### **4. S'agissant du Dépistage des troubles de l'audition**

☞ Ce handicap devra être dépisté systématiquement en maternité. Le service ORL du CHU a vocation à centraliser l'ensemble des données récoltées, assurer le suivi de la mise en œuvre du dépistage et celui du patient dépisté.

### **5. S'agissant du Dépistage obésité et surpoids**

Dans une étude menée en 2010<sup>176</sup>, entre autre sur la Guadeloupe, il est apparu que 14% des enfants et 31.7% des adultes sont en situation de surpoids. 8.9% des enfants et 23% des adultes sont obèses. 54.7 % des adultes guadeloupéens sont en surpoids ou obèses. Une autre étude menée en 2009 a démontré que le niveau d'activité physique des Guadeloupéens était inférieur de 10 points à celui des habitants de France

---

<sup>175</sup> S'agissant du dépistage des handicaps le sujet fera l'objet d'un développement par le secteur médico-social.

<sup>176</sup> Etude PODIUM.

hexagonale. Ces deux facteurs font le lit des maladies chroniques les plus répandues en Guadeloupe que sont l'Hyper Tension Artérielle et le Diabète.

☞ L'objectif sera de diminuer en 5 ans de 15% chez les enfants et l'adulte la prévalence globale du surpoids et de l'obésité.

## 6. S'agissant du Dépistage organisé des cancers

Même si son importance est moindre qu'au niveau national, le cancer arrive en troisième position des admissions en affection longue durée.

☞ L'objectif sera d'augmenter le taux de réponse aux sollicitations de dépistage des cancers du sein et colorectal.

Ce dernier dépistage concerne la totalité de la population concernée et couvre l'ensemble du territoire.

## 7. S'agissant de l'éducation thérapeutique

Les pathologies nécessitant une observance sur le long terme sont d'ores et déjà très prégnantes sur le territoire. Sachant qu'elles ont tendance à augmenter avec l'âge et que les projections de l'INSEE indiquent un vieillissement important de la population en Guadeloupe, l'enjeu du développement de l'éducation thérapeutique est central.

☞ L'objectif est de disposer pour chaque territoire, d'un centre de référence hospitalier couvrant l'ensemble des pathologies nécessitant une éducation thérapeutique, relayé en ville par les professionnels libéraux.

La coordination actuellement assurée par les réseaux par pathologie devra tendre vers une mutualisation des moyens afin d'optimiser les prises en charge. En effet, les personnes atteintes d'une maladie chronique sont à plus de 60% atteintes d'au moins une autre maladie chronique. Les libéraux disposeront d'une seule procédure d'inclusion et en adhérant à une structure unique poly pathologie plutôt qu'à plusieurs structures spécialisées.

## 8. S'agissant des addictions

La région enregistre une surmortalité significative par rapport au niveau national en ce qui concerne la psychose alcoolique chez les hommes. Le nombre d'accidents de la route, de violences en tous genres liés à la consommation excessive d'alcool et/ ou autres psychotropes ne cessent d'augmenter.

Si l'expérimentation de tabac et cannabis est en baisse depuis 2005, on observe une percée de la consommation de cocaïne et une recrudescence de la consommation d'alcool et de phénomène d'alcoolisation massive et brutale chez les jeunes. Les évolutions sociologiques<sup>177</sup> ne facilitent pas l'apprentissage du contrôle des impulsions ni la valorisation des valeurs de solidarité.

Face à ce constat<sup>178</sup> l'offre sanitaire et médico sociale s'est considérablement développée. Bien que le ~~l'actuel~~ plan national addictions 2007-2011, visant tous les comportements de dépendance<sup>179</sup>, ait facilité le développement et l'organisation de l'addictologie en Guadeloupe, les difficultés d'acquisition de culture commune des acteurs et le manque de coordination des différents secteurs de prise en charge perdurent. Ceci nuit à la lisibilité du dispositif, induit l'émiettement des actions et des financements et la prise en compte partielle des besoins de la population locale.

☞ Pour une réponse globale, cohérente et de qualité, l'organisation devra reposer sur un rapprochement voire une mutualisation des équipes existantes afin d'organiser un continuum prévention universelle, éducation à la santé, intervention précoce, réduction des risques et éducation thérapeutique;

Cela se concrétisera par des conventions de partenariat entre les secteurs sanitaires, la ville, le médico social et les associations afin de développer des outils communs (dossier partagé-évaluation...).

---

<sup>177</sup> Individualiste et « addictogène »

<sup>178</sup> Notamment depuis la conférence de santé de 1999 priorisant la lutte contre la toxicomanie dans notre département,

<sup>179</sup> Et non à faire diminuer la consommation d'un produit particulier.

## II- Principes structurants et organisation des services du secteur des soins ambulatoires

Les principes structurants du secteur s'articuleront autour de 7 grandes catégories de priorités :

### a. L'aide à l'installation des professionnels de santé

#### ☛ Les objectifs opérationnels :

- Prioriser les territoires de projets cible (détermination de zones fragiles)
- Mettre en œuvre les mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé

#### ☛ Les catégories de leviers :

- Arrêté de zonage
- Ensemble de mesures pour la répartition des professionnels de santé (Etat, collectivités territoriales et CGSS) dont
  - o Les contrats d'engagement de service public (CESP) pour les étudiants en médecine et internes
  - o Les plans d'actions pour les professionnels de santé identifiés à démographie sinistrée

### b. L'amélioration de la qualité des soins et des pratiques

#### ☛ Les objectifs opérationnels :

- Accompagner des actions contribuant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

#### ☛ Les catégories de leviers :

- Groupes qualité
- Réseaux de santé
- Développement professionnel continu, évaluation des pratiques professionnelles

### c. La mise en œuvre d'une plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS)

#### ☛ Les objectifs opérationnels :

- Informer les professionnels de santé en formation et en exercice

#### ☛ Les catégories de leviers :

- Nouvelles technologies, site internet.

### d. L'accompagnement des modes d'exercice coordonnés

#### ☛ Les objectifs opérationnels :

- Accompagner les exercices regroupés en fonction de l'identification des besoins
- Inciter et diversifier l'exercice par les nouveaux modes de rémunération et dans le cadre des priorités de santé
- Faciliter l'exercice au quotidien et rompre l'isolement des professionnels de santé insulaires (télé médecine, systèmes d'information)

#### ☛ Les catégories de leviers :

- Maisons de santé pluridisciplinaires
- Nouveaux modes de rémunération
- Protocoles de coopérations (coopérations entre professionnels de santé au sens du L4011-1 du CSP, délégations de tâches...)

- Maîtres de stages
- Nouvelles technologies (télémédecine)

#### **e. La permanence des soins**

##### **☛ Les objectifs opérationnels :**

- Accéder aux soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux
- Veiller à l'efficacité globale du dispositif (contraintes géographiques et sujétions liées à l'exercice de la PDS)

##### **☛ Les catégories de leviers :**

- Forfaits d'astreinte et de régulation médicale
- Fonctionnement et évaluation des 5 maisons médicales de garde

#### **f. Les transports sanitaires**

##### **☛ Les objectifs opérationnels :**

- Assurer une meilleure accessibilité aux dispositifs
- Fluidifier les sorties hospitalières
- Nouveaux agréments
- Nouvelles conventions pour le transport maritime
- Evacuations sanitaires (SROS volet hospitalier)

##### **☛ Les catégories de leviers :**

- Plate-forme de régulation des transports sanitaires (aide au démarrage)
- Transports hélicoptérés et aériens (SROS volet hospitalier)

#### **g. Veiller à la répartition territoriale équilibrée de la biologie médicale**

##### **☛ Les objectifs opérationnels :**

- Accompagner les objectifs d'efficacité et de qualité prévue par la réforme de la biologie
- Définir les règles d'implantation territoriale afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale
- Susciter les évolutions nécessaires par rapport à l'existant

##### **☛ Les catégories de leviers :**

- le SROS Biologie

#### **h. L'articulation avec les autres schémas sectoriels**

##### **☛ Les objectifs opérationnels :**

- Accompagner des projets de maisons pluri professionnelles sur les actions de prévention et de santé publique
- Mettre en place une filière de soins autour des médecins généralistes et autres professionnels de santé associant différents acteurs du médico-social afin de prendre en compte les situations complexes (maintien à domicile, interventions en EHPAD et SSR, accès aux soins dentaires...)

##### **☛ Les catégories de leviers :**

- Cahier des charges régional des MSP
- Programme d'éducation thérapeutique du patient

### III- Principes structurants et organisation des services du secteur des soins hospitaliers

Avant-propos : le Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire ne fait pas partir du PRS. Ce qui exclut des développements ci-après : les grands brûlés, la greffe rénale, la neurochirurgie,

#### A. Les implantations par territoires de santé

INTITULE	SITUATION AU 30 JUIN 2011		
	Référence	Recours	Proximité
<b>Territoire Centre</b>			
Médecine	1	1	6
Hospitalisation à Domicile			7
Chirurgie	1	1	2
Obstétrique	1		3
SSR	1		7
Néonatalogie et réanimation néonatale	1		
Psychiatrie		1	1
Accueil et traitement des urgences	1		2
Cancérologie - Radiothérapie	1		
Cancérologie - Chimiothérapie	1		1 [GCS]
Cancérologie - Chirurgie mammaire	1		2
Cancérologie - Chirurgie thoracique	1		
Cancérologie - Chirurgies urologique, digestive, ORL, gynécologique	1		1
Soins de longue durée (USLD)	1		1
Transplantations d'organes	1		
Techniques interventionnelles	1		2
Réanimation	1		
Procréation médicalement assistée	1		
Appareil d'imagerie par résonance magnétique	1	1	
Scanographe à utilisation médicale	2		2
Caméra à scintillation	2		
Caisson hyperbare	1		
Traitement de l'Insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	1		2

<b>Territoire Sud Basse-Terre</b>			
Médecine		1	4
Hospitalisation à Domicile			2
Chirurgie		1	
Obstétrique		1	
Néonatalogie et réanimation néonatale		1	
SSR		2	7
Psychiatrie	1		1
Soins de longue durée (USLD)			1
Accueil et traitement des urgences	1		
Réanimation	1		
Cancérologie - Chimiothérapie	1		
Cancérologie - Chirurgie digestive et gynécologique	1		
Appareil d'imagerie par résonance magnétique		1	
Scanographe à utilisation médicale		1	
Traitement de l'Insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale			1
<b>Territoire Iles du Nord</b>			
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. Principes d'orientations pour les activités de soins et les équipements matériels lourds**

### **1. S'agissant du Territoire Centre**

#### **a- Médecine**

L'activité de médecine se répartit au sein de ce territoire sur 8 sites dont 2 situés sur l'île de Marie-Galante. Le volume d'activité réalisé sur ce territoire, exprimé en OQOS (Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins), demeure dans la fourchette fixée, même si pour certains sites les indicateurs minimums ne sont pas atteints.

☞ Des actions de coopérations entre établissements d'un même bassin peuvent conduire utilement à une mutualisation ou centralisation de la prise en charge de cette discipline.

#### **b- Chirurgie**

L'activité se répartit sur 4 sites. En dehors du site de Marie-Galante, l'offre de soins chirurgicale se situe dans la conurbation pointoise. Bien que le niveau d'activité globale soit conforme aux limites fixées par les OQOS, on note sur certains sites un volume d'activité inférieur aux normes garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge.

☞ Il convient de mettre en adéquation les autorisations d'activité avec les normes fixées, de sorte que le niveau de qualité et de sécurité requis en chirurgie soit atteint au sein de chaque service de la région.

#### **c- Gynécologie obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale**

##### **c-1 Gynécologie obstétrique**

Le territoire Centre dispose de 4 sites de gynécologie obstétrique.

☞ Compte-tenu de l'obligation de respecter les seuils réglementaires d'activité, il convient de mettre en œuvre sur les sites concernés, le suivi des parturientes pendant la grossesse et après la naissance, et d'organiser la prise en charge de la naissance dans des conditions de sécurité pour la mère et pour l'enfant.

##### **c-2 Néonatalogie et réanimation néonatale**

Cette activité est dispensée au sein de la conurbation pointoise pour l'ensemble de ce territoire.

☞ Au regard du nombre d'habitants du territoire, une implantation apparaît suffisante sur le site de référence.

#### **d- Psychiatrie**

Le territoire Centre dispose de 2 sites autorisés, mais l'activité est répartie géographiquement sur 3 sites, dont Marie-Galante.

☞ La coopération avec Marie-Galante doit être contractualisée et renforcée.

#### **e- Soins de suite et de réadaptation (SSR)**

Cette activité se répartit au sein de 8 sites sur ce territoire.

☞ Au titre de l'intégration de l'activité SSR dans la constitution de la filière d'aval du court séjour, il pourrait être envisagé la délocalisation d'un service au sein d'un autre site.

#### **f- Soins de longue durée**

Activité organisée sur 2 sites au sein du territoire Centre.

#### **g- Transplantations et greffes d'organes**

Activité hyper spécialisée ne disposant que d'un site pour l'ensemble du territoire de l'ARS.

#### **h- Techniques interventionnelles**

Trois sites proposent cette activité au sein du territoire Centre.

☞ Bien que les volumes d'activité ne soient pas très élevés, il est nécessaire de disposer de cette spécialité pour la population de la Guadeloupe.

#### **i- Accueil et traitement des urgences**

Cette activité se répartit sur trois sites au sein du territoire Centre, dont l'île de Marie-Galante. Ces services sont très sollicités malgré l'existence de Maison médicale de garde (MMG) à proximité de certains sites.

Une réflexion est nécessaire sur l'optimisation de l'articulation de la Permanence des soins ambulatoire (PDSA) - la Permanence des Soins dans les établissements de santé (PDES) avec les services des urgences.

#### **j- Réanimation**

☞ **La prise en charge en réanimation s'effectue sur un site au sein de ce territoire.** Cette offre est suffisante pour le territoire mais se révèle, en l'état, insuffisante pour couvrir toute la région.

#### **k- Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale**

Au sein du territoire Centre trois sites sont autorisés 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.

#### **l- Procréation médicalement assistée**

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

#### **m- Traitement du cancer**

**Un site unique de radiothérapie pour la région Guadeloupe et les Iles du Nord.** Ce site réalise un volume d'activités inférieur aux normes fixées.

**Trois sites pour la chirurgie des cancers,** prise en charge des pathologies urologiques, digestives, mammaires, gynécologiques, ORL, thoraciques. Trois sites prennent en charge la chirurgie des cancers. Le regroupement de l'activité pourrait être étudié dans l'objectif de préservation de la qualité et de la sécurité des soins.

**Pour la chimiothérapie,** 2 implantations (dont un groupement de Coopération Sanitaire - GCS - intégrant une coopération entre un site du Centre et un site du Sud Basse-Terre). Une réflexion doit avoir lieu sur les moyens d'éviter aux patients de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy de s'imposer le voyage jusqu'au centre de référence.

#### **n- Imagerie médicale<sup>180</sup>**

La prestation d'imagerie par résonance magnétique est dispensée par deux sites positionnés dans la conurbation pointoise. Le niveau d'activité des équipements est très inégal. Certains de ces équipements sont sous-utilisés.

Afin de répondre à la baisse du nombre de la densité de radiologues, il convient d'utiliser la télémédecine et d'ouvrir l'accès de ces matériels aux radiologues libéraux, ainsi qu'à ceux qui exercent dans des établissements de santé non pourvus de ce type de matériel.

---

<sup>180</sup> Cf on se référera pour l'imagerie notamment aux orientations du Programme Régional de Gestion du Risque (PRGDR)

On doit subordonner l'installation de nouveaux matériels à la saturation des équipements déjà existants.

#### **o- Hospitalisation à domicile**

L'intégralité du territoire est couverte par les services d'hospitalisation à domicile (HAD). Une réflexion est à mener sur les rôles complémentaires des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), des paramédicaux libéraux, des établissements de santé et des HAD du territoire.

## **2. S'agissant du Territoire Sud Basse-Terre**

#### **a- Médecine**

L'activité de médecine se répartit au sein de ce territoire sur 5 sites. Le volume d'activité réalisé en 2009 sur ce territoire, exprimé en OQOS (Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins), n'atteint pas le minimum fixé. Deux sites sur 5 enregistrent un niveau d'activité conforme aux objectifs fixés.

☞ Des actions de coopération entre établissements d'un même bassin sont souhaitables.

#### **b- Chirurgie**

Un site prend en charge l'activité chirurgicale au niveau de ce territoire.

Au titre de l'accessibilité des soins, il convient de mettre en place des consultations spécialisées avancées au profit de la population de ce bassin, afin d'apporter une offre proche pour les disciplines absentes de ce territoire.

#### **c- Gynécologie obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale**

##### **c-1 Gynécologie obstétrique**

Le territoire Sud Basse-Terre dispose d'un site de gynécologie obstétrique. On note une baisse sensible du nombre de naissance entre 2008 et 2010.

Le maintien d'une maternité de niveau 3 ne peut être justifié par le nombre d'habitants du territoire et compte-tenu des contraintes imposées pour ce niveau de qualification.

##### **c-2 Néonatalogie et réanimation néonatale**

Cette activité est dispensée par un site pour l'ensemble de ce territoire. Au regard du nombre d'habitants de la Guadeloupe, une implantation unique serait suffisante pour les territoires Centre et Sud Basse-Terre.

#### **d- Psychiatrie**

Le territoire Sud Basse-Terre dispose de 2 sites autorisés, dont un site de référence pour l'ensemble de l'espace administratif de l'ARS.

#### **e- Soins de suite et de réadaptation (SSR)**

Cette activité se répartit au sein de 9 sites sur ce territoire.

#### **f- Soins de longue durée**

Activité organisée sur un site au sein du territoire Sud Basse-Terre.

#### **g- Accueil et traitement des urgences**

Cette activité s'effectue sur un site du territoire Sud Basse-Terre. Il existe une Maison médicale de garde (MMG) à proximité du site.

Une réflexion est nécessaire sur l'optimisation de l'articulation de la Permanence des soins ambulatoire (PDSA) - la Permanence des Soins dans les établissements de santé (PDSSES) avec les services des urgences.

#### **h- Réanimation**

La prise en charge en réanimation s'effectue sur un site au sein de ce territoire. Il convient d'envisager une réflexion au regard des contraintes imposées pour cette activité très qualifiée et financièrement très lourde par rapport à la population desservie.

#### **i- Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale**

Au sein du territoire Sud Basse-Terre. 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 se développer.

D'une manière générale, le recours à la dialyse à domicile doit être développé au cours des cinq prochaines années.

#### **j- Imagerie médicale**

La prestation d'imagerie par résonance magnétique est dispensée par un site unique.

Afin de répondre à la baisse du nombre de la densité de radiologues, il convient d'utiliser la télémédecine et d'ouvrir l'accès de ces matériels aux radiologues libéraux, ainsi qu'à ceux qui exercent dans des établissements de santé non pourvus de ce type de matériel.

On doit subordonner l'installation de nouveaux matériels à la saturation des équipements déjà existants.

#### **k - Hospitalisation à domicile**

L'intégralité du territoire est couverte par les services d'hospitalisation à domicile (HAD). Une réflexion est à mener sur les rôles complémentaires des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), des paramédicaux libéraux, des établissements de santé et des HAD du territoire.

#### **L - Traitement du cancer**

Prise en charge sur un seul site en chirurgie des pathologies urologiques, digestives, mammaires, gynécologiques.

Pour la chimiothérapie, un site hospitalier public, et un site membre d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) à cheval sur les territoires Centre Grande Terre et Sud Basse-Terre.

### **3. S'agissant du Territoire Iles du Nord**

#### **a- Médecine**

L'activité de médecine se répartit au sein de ce territoire sur 2 sites. Le volume d'activité réalisé en 2009 sur ce territoire, exprimé en OQOS (Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins), est conforme aux limites fixées.

#### **b- Chirurgie**

Un site prend en charge l'activité chirurgicale au niveau de ce territoire.

Au titre de l'accessibilité des soins, il convient de mettre en place des consultations spécialisées avancées au profit de la population de ce bassin, afin d'apporter une offre proche pour les disciplines absentes de ce territoire.

#### **c- Gynécologie obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale**

##### **c-1 Gynécologie obstétrique**

Ce territoire dispose d'un site de gynécologie obstétrique qui enregistre une stabilité du nombre de naissance entre 2008 et 2010.

#### **c-2 Néonatalogie et réanimation néonatale**

Cette activité est dispensée par un site pour l'ensemble de ce territoire. Aucune évolution structurelle n'est attendue, hormis l'implication de l'établissement au sein du réseau périnatalité qui devrait se mettre en place courant 2012.

#### **d- Psychiatrie**

Le territoire Iles du Nord dispose d'un site autorisé pour cette activité.

Les modalités de prise en charge des urgences psychiatriques, doivent faire l'objet d'une coopération formalisée, voire contractualisées entre les services concernés.

#### **e- Soins de suite et de réadaptation (SSR)**

Cette activité est autorisée sur 2 sites au sein de ce territoire. Mais fin juin 2011, un seul site avait une activité réelle.

#### **f- Accueil et traitement des urgences**

Cette activité s'effectue sur un mode d'exercice fédérant les ressources des deux sites. Le service de Saint-Martin est très sollicité. Aucune Maison Médicale de Garde (MMG) n'est présente sur ces deux sites. Il y a lieu de rechercher les modalités d'amélioration du transfert des patients vers le site de référence de Pointe-à-Pitre. Une coopération plus étroite entre les deux sites permettrait de reconnaître l'activité de traitement des urgences à Saint-Barthélemy.

#### **g- Surveillance continue**

La surveillance continue s'effectue sur un site au sein de ce territoire. Cette offre est suffisante pour le territoire.

#### **h- Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale**

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 le territoire.

#### **i- Imagerie médicale**

La prestation d'imagerie par résonance magnétique est dispensée par un site unique à Saint-Martin. Le développement de la téléradiologie permettra une amélioration du service rendue à la population des deux Iles du Nord. Le contexte très particulier justifie un renforcement du plateau d'imagerie médicale à Saint-Barthélemy.

#### **k - Hospitalisation à domicile**

L'intégralité du territoire est couverte par les services d'hospitalisation à domicile (HAD). Une réflexion est à mener sur les rôles complémentaires des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), des paramédicaux libéraux, des établissements de santé et des HAD du territoire.

#### **l - Traitement du cancer**

☞ (Voir territoire Centre).

## IV - Principes structurants et organisation des services du secteur médico-social

Les enjeux portent sur une meilleure connaissance épidémiologique des populations et bénéficiaires, l'identification, la structuration des filières du handicap et du vieillissement, la coordination des professionnels et la coopération intersectorielle.

La Conférence de la Santé et de l'Autonomie et la Commission de Coordination des prises en charge et des accompagnements médico sociaux sont au cœur du dispositif de coordination.

### A. Le secteur des personnes âgées

Au sein de chaque territoire les modalités de prise en charge à domicile et les structures d'hébergement des personnes âgées doivent s'intégrer dans une filière gérontologique structurée.

#### a. La coordination

L'objectif est de mieux fédérer les interventions et de mettre en place la coopération des acteurs de santé.

- **Le Niveau régional :**

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

- ✚ **Réseau gérontologique**

L'objectif est de favoriser l'articulation de tous les acteurs autour de la personne âgée (ville/hôpital, médical/paramédical, sanitaire/social, psychiatrie). Organisé à partir d'un établissement de santé support, il veille au dépistage, au traitement et suivi préventif des affections liées à l'âge. Il oriente le patient vers une réponse de soins de proximité adéquate. Il assure la continuité des soins pendant la trajectoire du patient et s'assure de la prise en charge pluridisciplinaire pour favoriser le retour à domicile ou le placement en EHPAD. Il met en place des actions d'éducation thérapeutique du patient et de son entourage.

☞ **Implantation territoriale projetée : un réseau**

- ✚ **Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) :**

Elle assure la coordination de la prise en charge des malades Alzheimer et accompagne les familles et leur entourage. Elle propose des stratégies de prise en charge de la maladie en interdisciplinarité et définit des actions de formations, de soutien aux aidants Enfin, elle veille à l'évaluation des pratiques.

☞ **Implantation territoriale projetée : 2 MAIA : 1 en TS Centre et 1 en TS Sud Basse Terre - rayonnement régional**

- ✚ **Coopérations intersectorielles attendues :**

Elles concernent les soins palliatifs, réseau de cancérologie, secteur psychiatrique (équipes sectorielles susceptibles d'intervenir à la demande du coordonnateur de la filière de territoire - unité de gérontopsychiatrie en hospitalisation complète de courte durée).

- **Le niveau départemental :**

- ✚ **Centre Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) :**

Ils coordonnent les actions des partenaires institutionnels à l'échelle territoriale au moyen d'un guichet d'accueil, d'information et de coordination gérontologique mis en œuvre par le Conseil Général.

Ils interviennent à 3 niveaux:

Niveau 1 : Accueil, information, soutien

Niveau 2 : niveau 1 et évaluation des besoins et élaboration de plans d'aide

Niveau 3 : niveau 2 et suivi des aides et coordination des plans d'aides individuels.

☞ **Implantation territoriale projetée : population cible de 7000 à 15000 personnes âgées de plus de 60 ans (7 à 10 000 en secteur rural ou urbain dispersé - 15 000 en secteur urbain). Maillage départemental, organisation sociale et médico-sociale.**

- ✚ **Complémentarité CLIC / Réseau gérontologique :**

- **Le CLIC apporte au réseau** l'accessibilité au public, la mise en œuvre de la prévention, la liaison entre social et médico-social, l'aide aux projets.
- **Le réseau apporte au CLIC** son expertise médicale, sa reconnaissance par les professionnels, la prise en charge globale des bénéficiaires.

## **b. Le maintien à domicile**

- **Evaluation du degré de perte d'autonomie (Allocation Personnalisée à l'Autonomie)**  
Elle est assurée par l'équipe médico-sociale (médecin, infirmière, travailleur social) du Conseil Général chargée de l'évaluation du degré de perte d'autonomie (grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources, AGGIR) et de l'élaboration du plan d'aide (maintien à domicile ou placement en institution).

Les renseignements relatifs au dispositif sont délivrés par les assistantes sociales du Conseil Général ou par les Centres Communaux d'Action Sociale.

- **Aménagement du logement**  
Pour les personnes âgées désirant rester à domicile, l'aménagement du logement doit être envisagé et l'accès aux aides techniques (ex : téléalarme) favorisé, notamment en se tournant vers le Centre Régional d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques (CRICAT).

- **Aide à domicile**

Sont concernés ici l'aide matérielle et les services adaptés à la situation des personnes âgées afin de réaliser ou faciliter certains actes de la vie quotidienne (déplacements, alimentation...). Le financement par l'APA est possible

✚ **Les services d'aides à domicile (SAD)** : intervention d'une personne auprès de l'utilisateur afin de l'aider dans sa vie quotidienne. Ces services sont susceptibles d'intervenir dans plusieurs domaines : actes essentiels de la vie quotidienne, activités domestiques, activités sociales et relationnelles.

✚ **La garde de nuit** : Ce dispositif est financé par le Conseil Général. Ce dispositif a évolué vers la mise en place d'une garde itinérante de nuit.

✚ **Le portage de repas à domicile** : L'offre doit être améliorée sur l'ensemble des bassins d'intervention.

- **Soin à domicile**

✚ **Le médecin traitant** : Il décide de l'opportunité d'interventions spécialisées, d'hospitalisations, d'orientations notamment vers un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

✚ **Le service de soins infirmiers à domicile** : Il prend en charge les patients de plus de moins de 60 ans en situation de vieillissement précoce ou atteint d'une maladie invalidante. Il assure les soins infirmiers médico-techniques et d'hygiène générale ; il peut aider à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Pour une prise en charge optimum, il convient d'assurer la continuité du service y compris dimanche et jours fériés si nécessaire.

☞ **Implantation territoriale projetée** : en référence à l'implantation actuelle (640 places pour les personnes âgées, tout le territoire est couvert sauf Les Saintes et Saint Barthélemy). Le nombre de places devra tenir compte du nombre actuel de patients potentiels par territoire mais aussi de la densité d'infirmiers libéraux sur chaque territoire. Par ailleurs, au titre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer la création d'équipes spécialisées au sein des SSIAD existants doit être envisagée.

✚ **Les infirmiers libéraux** : Ils assurent les actes de soins infirmiers après évaluation des besoins en soins du malade. Cette prise en charge est globale et coordonnée à travers la Démarche de Soins Infirmiers (DSI). Leur rôle d'animation et de coordination doit être renforcé.

- ✚ **Hospitalisation à domicile** : Le nombre actuel de places permet une bonne couverture territoriale. Il est néanmoins attendu une meilleure intégration dans les parcours de soins (SSIAD, IDE, établissements). Les services d'HAD doivent donc inscrire davantage leur intervention dans un processus gradué des soins avec les SSIAD et les établissements de santé dont il convient d'assurer le déploiement et la visibilité dans tous les territoires.
- ✚ **Soins palliatifs** : Ils visent à l'accompagnement des personnes en fin de vie par le soulagement de la souffrance physique et psychologique. Les équipes pluridisciplinaires sont composées de médecins, d'infirmiers, de kinésithérapeutes, de psychologues.
- ✚ **Prise en charge temporaire par des structures de répit** :  
Les structures d'hébergement temporaire avec une durée d'accueil limitée dans le temps (3 mois) offrent une solution en cas d'absence de l'aidant, de sortie d'hospitalisation, de travaux dans le logement. Elles permettent aussi une intégration progressive vers un mode d'hébergement complet.
- ☞ **Implantation territoriale projetée : en conformité avec le volume actuel d'autorisations soit 88 places**  
Les accueils de jour qui offrent un accueil séquentiel par journée ou demi-journée permettent de soulager les familles et de stimuler la personne âgée préservant ainsi son autonomie.
- ☞ **Implantation territoriale projetée : en conformité avec le volume actuel d'autorisations soit 86 places.**

### c. L'accueil en institution

- **Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)**  
 Ils accueillent des personnes dépendantes dont l'état physique nécessite une prise en charge quotidienne assurée par une équipe interne de soignants. Un travail en réseau avec les acteurs de soins du territoire (pharmacie, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, établissements de santé) doit se mettre en place. La priorité est d'installer les places autorisées, soit 673 places réparties sur l'ensemble du territoire.
- **Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD)**  
 Elles reçoivent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathie, active ou au long cours. Des épisodes répétés de décompensation pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie durable. Des actes médicaux itératifs sont alors nécessaires. La permanence des soins (continuité de présence d'infirmier) doit être assurée et l'accès à un plateau technique garanti.  
 Le médecin traitant établit la demande adressée à l'USLD. L'admission définitive se fait après avis du médecin référent suite à une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale (évaluation de l'autonomie et des soins médico-techniques requis) et à une visite médicale de pré-admission. En l'état actuel, la totalité des places de l'enveloppe régionale ont été attribuées, soit 165 lits répartis en 03 unités.

### d. La filière gériatrique au niveau territorial

La filière doit s'organiser avec les établissements du territoire, dont les hôpitaux de proximité, disposant de lits de médecine, de moyen séjour polyvalent ou gériatrique et de lits de soins de longue durée. Ces établissements s'intègrent soit en amont, soit en aval de la filière. Les structures médico-sociales sont ainsi associées à cette filière de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Des coopérations doivent aussi être déclinées entre ces dernières et, notamment :

- Les pharmacies - à défaut de disposer d'une pharmacie à usage intérieur : la bonne gestion des médicaments passe par un travail avec un pharmacien référent. Ce qui permet d'éviter des accidents de prescription.
- Les professionnels paramédicaux et particulièrement les kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes qui travaillent à l'amélioration des capacités fonctionnelles et intellectuelles d'une personne âgée en perte d'autonomie (à défaut de disposer de ces professionnels en interne).

- Les établissements de santé du secteur en vue d'assurer le transfert du résident de l'EHPAD vers les établissements de santé du secteur soit pour une hospitalisation temporaire suite à la dégradation de son état de santé soit pour bénéficier d'une consultation spécialisée.

Les partenaires doivent organiser les modalités d'accès des résidents au plateau technique de la filière (unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique, équipe mobile de gériatrie, consultation mémoire...).

## **B. Le secteur des personnes handicapées**

### **B-1. La coordination**

- **Le niveau régional**

La mise en place d'une filière du handicap repose sur les éléments suivants :

- ✚ Une plateforme de coordination du Handicap doit permettre de fédérer les acteurs autour de la personne handicapée et d'assurer une prise en charge sans rupture de parcours.
- ✚ Un centre d'information et de conseil en aides techniques (CICAT) chargé d'informer et de conseiller les personnes en situation de handicap (aménagement du logement, aides techniques).
- ✚ Un centre de ressources - « Observatoire des Inadaptations et des handicaps »
- ✚ Un Centre de Ressources Autisme (CRA) = Il 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.

Les missions des deux centres de ressources doivent être clarifiées et les modalités de leur coopération investiguées. Le rôle de l'OIH doit être précisé au regard des missions spécifiques de l'ORSAG.

- ✚ Un centre de prise en charge des troubles visuels avec un pôle enfants et un pôle adultes
- ✚ Une 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 de leur proposer un plan d'accompagnement personnalisé.
- ✚ Un 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.

- **Le niveau départemental**

La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) assure des missions d'information, d'accueil et d'écoute ; elle évalue les besoins de compensation ; elle élabore des plans de compensation ; elle attribue des prestations et assure l'orientation scolaire, médico-sociale ou professionnelle ; elle assure enfin le suivi des décisions. Elle est donc dans le secteur un partenaire incontournable qu'il conviendra d'associer principalement dans le cadre de la mise en place d'un outil d'information partagé et régionalisé.

### **B-2. Les enfants en situation de handicap**

S'agissant de la prise en charge, quatre préalables doivent être énoncés :

- Assurer une couverture territoriale complète
- Veiller à ce que toutes les classes d'âge soient couvertes, afin d'éviter toute rupture synonyme de régression pour les jeunes concernés.
- Accorder une place toute particulière à l'expertise du handicap sensoriel.
- Installer les places autorisées, cependant les projets en cours de réalisation sont susceptibles d'adaptation.

## a. Le suivi et le soutien à domicile

- **Le diagnostic précoce**

Il faut favoriser le dépistage et la prise en charge précoces de tous les handicaps, en particulier mettre en œuvre un dépistage systématique de la surdité dans toutes les maternités. Les liens entre les services de périnatalité et les Centres d'Action Médico-sociale Précoce (CAMSP) doivent se renforcer.

- **La prise en charge précoce**

**Centres d'Action Médico Sociale Précoce** : Ils assurent le dépistage de handicaps chez les enfants de 0 à 6 ans et mettent en place les traitements appropriés.

Le développement de prises en charge innovantes en ambulatoire rattachées au CAMSP sera initié pour des capacités ne dépassant pas 10 places. Il s'agira d'une prise en charge à la journée et participant à l'intégration scolaire des 4-8 ans.

**Centre Médico Psycho Pédagogique** : Ils prennent en charge les enfants de 3 à 18 ans souffrant de troubles neuropsychiques ou du comportement susceptibles d'être améliorés par une technique médicale, une rééducation psychothérapeutique ou psychopédagogique

**Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile** : Ils veillent en liaison avec les familles au soutien, à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie des enfants et adolescents jusqu'à 20 ans, souffrant de déficiences intellectuelles et motrices, ainsi que de troubles du caractère et du comportement. La prise en charge en SESSAD doit être favorisée lorsque les déficiences ne sont pas moyennes à sévères.

Il faut envisager d'optimiser d'une part les prises en charge de proximité en développant des antennes avancées des SESSAD existants par redéploiement des moyens et d'autres part les prises en charge dès 0 an et jusqu'à 18 ans.

**Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'intégration Scolaire** pour les déficiences auditives graves des enfants de plus de 3 ans.

## b. L'accueil en institution

Des établissements d'éducation spéciale prennent en charge les enfants ne pouvant être intégrés dans le milieu ordinaire.

**Les Instituts Médico-Educatifs** accueillent les enfants et adolescents atteints de déficience intellectuelle. Les places d'IME autorisées doivent être installées ou converties.

**Les Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques** ont vocation à accueillir des enfants ou des adolescents présentant des troubles du comportement importants sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle. Il n'existe dans notre région qu'un seul établissement de ce type d'une capacité de 20 places. Il est situé dans le territoire de santé Centre. D'autres places d'ITEP doivent être créées car la capacité actuelle est insuffisante par rapport aux besoins identifiés.

**Les Instituts d'Education Motrice** prennent en charge des jeunes polyhandicapés. Il n'en existe qu'un seul (24 places) dans la région et il ne couvre pas la tranche d'âge supérieure à 14 ans.

Les créations nouvelles se feront soit par délégation de mesures nouvelles, soit par redéploiement des moyens internes aux structures existantes, voire même par la transformation de places.

### **B-3. Les adultes en situation de handicap**

Quatre préalables dans ce secteur:

- Favoriser l'implantation de places de répit (accueil de jour; accueil temporaire) pour soutenir les aidants familiaux.

- Installer les places autorisées, cependant comme dans le secteur des enfants handicapés les projets en cours de réalisation sont susceptibles d'adaptation.
- Dans le cadre du développement de l'offre, l'extension des capacités existantes, le redéploiement des moyens internes, la transformation de places existantes tant dans le secteur médico social que sanitaire seront privilégiés.
- Il est nécessaire d'objectiver les besoins de prise en charge des personnes en situation de handicap à Saint Martin et Saint Barthélemy notamment pour les prises en charge les plus lourdes en priorité (FAM/MAS). Une étude destinée à objectiver les besoins prioritaires sera programmée très rapidement.

#### a. Le maintien à domicile

- C'est la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) qui évalue les besoins de compensation ; qui élabore les plans de compensation ; qui détermine le montant de la prestation compensatoire du handicap.

Les renseignements relatifs au dispositif sont délivrés par les assistantes sociales du Conseil Général ou par les Centres Communaux d'Action Sociale.

- **Aménagement du logement** : Pour les personnes handicapées désirant rester à domicile, l'aménagement du logement doit être envisagé et l'accès aux aides techniques favorisé, notamment en se tournant vers le Centre Régional d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques (CRICAT).

#### • Le soin à domicile

✚ **Le médecin traitant** : comme pour le secteur des personnes âgées il décide de l'opportunité d'interventions spécialisées, de placements, d'orientations notamment vers un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

✚ **Le service de soins infirmiers à domicile** : Il prend en charge les patients de moins de 60 ans en situation de vieillissement précoce ou atteint d'une maladie invalidante. Il assure les soins infirmiers médico-techniques et d'hygiène générale ; il peut aider à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Pour une prise en charge optimum, il convient d'assurer la continuité du service y compris dimanche et jours fériés si nécessaire.

☞ **Implantation territoriale projetée** : En Guadeloupe, il n'existe pas de SSIAD prenant en charge uniquement des personnes handicapées. Sur les 685 places, 45 sont attribuées à la prise en charge de personnes handicapées, soit 6,56% des SSIAD autorisés et installés.

✚ **Les infirmiers libéraux et l'hospitalisation à domicile**: Ils complètent cette prise en charge qui se doit d'être globale et coordonnée.

#### ✚ **La prise en charge temporaire par des structures de répit :**

Les structures d'hébergement temporaire avec une durée limitée dans le temps et les accueils de jour qui proposent un séquentiel par journée ou demi-journée offrent une solution en cas d'absence de l'aidant, de sortie d'hospitalisation, de travaux dans le logement. Elles permettent aussi une intégration progressive vers un mode d'hébergement complet.

Pour être viables économiquement, elles doivent s'adosser à des hébergements existant. Une implantation de 05 places dans chaque territoire de santé peut être envisagée.

Ce type de prise en charge inexistant en Guadeloupe, doit se mettre en place car il offre une alternative intéressante tant pour la personne handicapée que pour ceux qui l'aident.

#### • **Le Service d'Accompagnement Médico Social pour personnes Adultes Handicapées :**

Il a pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soin, de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes handicapées en favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, universitaires ou professionnels et l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Ce service en milieu ordinaire vise une plus grande autonomie des personnes. Il propose donc une assistance pour tout ou partie des actes essentiels de la vie quotidienne ainsi qu'un suivi médical et paramédical en milieu ouvert. Le SAMSAH, en permettant le maintien à domicile, constitue une réelle alternative à l'obligation d'admission en institution.

Ils sont au nombre de trois en Guadeloupe pour 86 places, deux sur le territoire de santé Sud Basse-Terre et un sur le territoire de santé Centre. Les communes du Nord de la Basse-Terre et du Nord de la Grande-Terre sont exclues de leur zone d'intervention.

▪ **Le Groupe Mutuel d'Entraide :**

Ces structures associatives souples et innovantes accueillent des personnes handicapées psychiques. Elles sont fondées sur un projet d'entraide mis en œuvre par les personnes handicapées elles-mêmes.

Il en existe deux sur le territoire de santé Centre et une sur le territoire de santé Sud Basse-Terre.

## **b. La prise en charge en institution**

Dans les faits, les publics accueillis dans les Foyers d'Accueil Médicalisés et dans les Maisons d'Accueil Spécialisées ne sont guère différents. La différence tient principalement au financement du fonctionnement.

• **Le Foyer d'Accueil Médicalisé**

Il accueille des adultes gravement handicapés, mentalement ou physiquement, dont la dépendance les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants, ou qui, en dehors du besoin de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels, ont besoin d'un soutien et d'une stimulation constante, ainsi que d'un suivi médical et paramédical régulier.

L'autorisation relève du Conseil Général et de l'ARS. Le financement est donc conjoint.

Il n'est pas prévu de création de nouvelle structure mais un redéploiement des moyens internes aux structures existantes si cela s'avérait nécessaire.

• **La Maison d'Accueil Spécialisée**

Elle reçoit des personnes adultes atteintes d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave, ou gravement polyhandicapées, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. Leur état doit nécessiter en outre le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants.

La MAS est un établissement médico-social financé en totalité par l'assurance maladie.

Dans une première étape, il convient d'installer les 86 places autorisées. Si de nouvelles structures doivent être implantées, la transformation de lits sera privilégiée.

• **Les Etablissements et Services d'Aide par le Travail :**

Il s'agit de structures de travail adapté, dans lesquelles des personnes handicapées exercent une activité professionnelle dans des conditions de travail aménagées, et bénéficient d'un soutien social et éducatif.

Neuf structures sont implantées sur la Guadeloupe, aucune à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy.

Il n'est pas envisagé d'installer de nouvelle structure, mais plutôt d'augmenter la capacité des établissements existant.

## **B-4. La coopération au niveau territorial**

Les conférences de territoire veillent à la coordination et aux coopérations entre acteurs de terrain.

### **a. S'agissant des enfants handicapés**

Au niveau des territoires de santé, les coopérations doivent être renforcées avec:

- les professionnels de santé et les structures de soins:  
Afin de garantir l'accès aux soins de leurs usagers, les établissements et services médico-sociaux doivent développer des partenariats avec les structures de soins et professionnels de santé de leur territoire d'implantation : Services hospitaliers de réanimation ; néonatalogie ; réanimation néonatale ; chirurgie pédiatrique ; médecine physique et de réadaptation ; génétique ; pédiatrie ; psychiatrie infanto juvénile ; Ophtalmologues ; dentistes ; stomatologues ; pédiatres ; professionnels paramédicaux (psychologues ; psychomotriciens ; kinésithérapeutes ; orthophonistes ; audioprothésistes)
- les partenaires institutionnels :  
Protection Maternelle et Infantile ; Education nationale ou chefs d'établissements scolaires

### **b. S'agissant des adultes handicapés**

La coopération prendra différentes formes:

- Dans le cadre du maintien à domicile, des conventions peuvent être passées par les services (SAMSAH/SSIAD) avec des personnes, physiques ou morales, intervenant dans les secteurs social, médico-social et sanitaire proches du domicile de la personnes adultes handicapée [pôle psychosocial hospitalier ; service de psychiatrie ; milieu professionnel ordinaire et protégé ; milieu scolaire et universitaire ; professionnels de santé (médicaux, généralistes et spécialistes ; paramédicaux) ; services sociaux .....].
- Les établissements doivent passer des conventions avec les structures de soins hospitalières (urgences, psychiatrie, réanimation, spécialités médicales, moyen séjour...) et les professionnels de santé libéraux (médicaux et paramédicaux) de façon à garantir l'accès aux soins de leurs résidents.
- Enfin, à défaut de disposer d'une pharmacie à usage intérieur, la bonne gestion des médicaments passe par un travail avec un pharmacien référent.

### I- Préambule

La méthodologie de suivi et d'évaluation du PRS est élaborée à partir du kit méthodologique sur le suivi et l'évaluation du PRS de septembre 2011, proposé par le Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale.

Le Décret n°2010-514 du 18 mai 2010 relatif au Projet Régional de Santé, modifié par le décret n°2011-668 du 14 juin 2011, rend obligatoire la formalisation de l'organisation et des modalités de suivi et d'évaluation dans le PRS.

Le suivi et l'évaluation du PRS sont deux activités distinctes qui n'ont pas les mêmes objectifs.

Le *suivi* consiste à apprécier le degré de déploiement ou de réalisation des actions (objectifs opérationnels) éventuellement la consommation des financements définies dans les schémas et les programmes, ainsi qu'à décrire les écarts observés au regard des résultats attendus. Il est un instrument de pilotage. Le suivi peut être considéré comme une source de l'évaluation.

L'*évaluation* consiste à formuler un jugement sur les modalités et/ou les résultats de la mise en œuvre du PRS sur la base du recueil et de l'analyse des informations quantitatives et qualitatives. Elle conditionne en principe le maintien ou non des différentes mesures pour l'exercice suivant et réoriente si besoin le PRS. Elle permet en premier lieu de mesurer les effets de la politique régionale mise en œuvre.

### II - Rappel

Le PRS repose sur une vision globale de la santé qui part d'un niveau stratégique (PSRS) et se décline de manière opérationnelle sur des territoires de santé et/ou de proximité dans les schémas d'organisation (SRP, SROS, SROMS) ainsi que dans les différents programmes (PRGDR, PRAPS, PRIAC, Programme Télémédecine).

Le dispositif d'évaluation doit permettre de vérifier si les objectifs définis sur la base du diagnostic régional réalisé en amont, peuvent faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation. D'où la nécessaire cohérence entre les indicateurs élaborés et les objectifs retenus.

Le suivi du PRS fait partie du champ de compétences des instances externes et internes de l'ARS. Les différents décrets du 31 mars 2010 relatifs aux instances précisent que ces dernières sont impliquées dans le suivi et/ou l'évaluation de la politique régionale de santé.

Le suivi annuel du CPOM ARS-Etat est une source de données qui pourrait principalement venir alimenter l'évaluation du PRS et dans une moindre mesure son suivi.

### III- Le suivi du PRS

Le suivi du PRS est un instrument de pilotage au service de l'ARS. Il permet de mesurer le taux de réalisation des actions programmées et de savoir si les résultats obtenus sont conformes aux objectifs attendus. C'est aussi un outil de contrôle de gestion métier dans la mesure où il permet d'apprécier l'utilisation des ressources (financières, expertises...) en fonction des projets menés.

Le dispositif de suivi doit permettre :

- le suivi synthétique de l'ensemble de la stratégie régionale ;
- le suivi détaillé de chaque schéma et programme ;
- le suivi exhaustif de toutes les actions mises en œuvre au titre du PRS.

Les informations relatives à l'état d'avancement de la mise en œuvre de la stratégie régionale du PRS, ont également vocation à être partagées avec les instances externes et internes de l'ARS. Chacune des composantes du PRS doit pouvoir être suivie à des fins informatives des instances.

En tant qu'instances stratégiques transverses dans le champ des actions que mène l'ARS dans la région, la CSA et le Conseil de surveillance de l'ARS, doivent disposer d'une vision d'ensemble et synthétique de toutes les composantes du PRS, complétée éventuellement par le suivi de thématiques transverses identifiées dans le PSRS.

Le suivi du PRS sera assuré par les instances. Le périmètre de suivi, réalisé par l'ARS sera diffusé à chaque instance en fonction de son champ de compétences. Il se décompose de la manière suivante (cf Kit méthodologique) :

Instances	Composantes et éléments suivis
<p align="center"><b>CRSA et Conseil de surveillance</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Composantes du PRS</b> : PSRS, schémas globalement et/ou par territoire (territoire de santé et/ou de proximité) et programmes thématiques</li> <li>▪ <b>Thématiques transverses</b> (priorités mentionnées dans le PSRS)</li> <li>▪ <b>Coordination avec les autres politiques publiques</b></li> </ul>
<p align="center"><b>Commissions spécialisées de la CSA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Prévention</b> : SRP globalement et/ou par territoire (territoire de santé et/ou de proximité) ; actions PPS complémentaires (*) ; PRAPS ; VSS</li> <li>▪ <b>Médico-social</b> : SROMS globalement et/ou par territoire (territoire de santé et/ou de proximité) ; PRIAC ; actions MS complémentaire (*)</li> <li>▪ <b>Soins</b> : SROS globalement et/ou par territoire (territoire de santé et/ou de proximité) ; actions soins complémentaires (*)</li> <li>▪ <b>Usagers</b> : Rapport spécifiques égalité d'accès ; droit des usagers ; qualité des prises en charges</li> </ul> <p><i>(*) Les actions relatives au programme télémédecine, dans chacun des domaines, peuvent également être présentées aux différentes commissions.</i></p>
<p align="center"><b>Commissions de coordination des politiques publiques</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Commission de coordination prévention</b> : Actions et financements de projets prévention et promotion de la santé complémentaires (autres politiques publiques)</li> <li>▪ <b>Commission de coordination médico-sociale</b> : SROMS ; PRIAC ; Actions complémentaires de financement (*)</li> </ul>
<p align="center"><b>Commission régionale de gestion du risque et éventuellement autres instances de pilotage des programmes thématiques</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Commission régionale de gestion du risque</b> : PRGDR</li> <li>▪ <b>COFIL Télémédecine</b> : programme télémédecine</li> <li>▪ <b>COFIL PRAPS</b> : PRAPS</li> </ul>
<p align="center"><b>Conférences de territoire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Programmes territoriaux de santé (PTS) ou équivalents.</b> Déclinaison territoriales des schémas en l'absence d'un outil formalisé.</li> <li>▪ <b>Contrats locaux de santé (CLS)</b></li> </ul>

Vu le nombre important d'instances destinataires et de tableaux de bord de suivi à élaborer, il est nécessaire que soit formalisé le circuit des informations de suivi et simplifiés les outils opérationnels mis en place.

Le type d'indicateurs utilisés doit permettre le niveau de suivi le plus pertinent :

- **Les indicateurs de réalisation**, relativement simples à calculer, permettent un pilotage opérationnel indispensable dans le cadre d'une démarche interne de gestion de projet. Ils ne sont

pas adaptés au suivi synthétique car ne permettent pas de comprendre en quoi des actions spécifiques contribuent à l'atteinte d'un objectif opérationnel.

- **Les indicateurs de résultats** sont à privilégier dans le cadre d'une démarche de suivi plus stratégique, puisqu'ils permettent de comprendre les effets qu'ont pu avoir plusieurs types d'actions. Ils sont plus difficiles à obtenir car ne sont pas nécessairement disponibles en interne de l'ARS, des partenaires externes pouvant être sollicités.
- **Les indicateurs d'impact**, dès lors qu'ils sont disponibles et que leur utilisation est pertinente, sont théoriquement souhaitables dans la mesure où ils peuvent éclairer les instances sur la manière dont les actions de certaines composantes du PRS peuvent d'ores et déjà contribuer à l'atteinte des objectifs stratégiques du PRS. Ce type d'indicateurs est plus directement lié aux démarches d'évaluation.

Le suivi du PRS pourrait être scindé en trois grandes phases pour lesquelles des rôles doivent être attribués en interne de l'ARS :

### **3.1 - La préparation du suivi :**

- Définition du périmètre de suivi :
  - définir les informations à suivre (types d'indicateurs, état d'avancement des actions programmées...);
  - définir et formaliser le rôle de chaque acteur impliqué ;
  - identifier des responsables. Leur fonction dans le champ du suivi pourra être inscrite dans les fiches de poste.
- Elaboration et partage des tableaux de bord de suivi :
  - outils distincts en fonction des destinataires ;
  - outils partagés avec les acteurs en charge de la consolidation des données.

### **3.2 - La réalisation du suivi :**

- Collecte des données :
  - récupérer les données en interne par indicateur, auprès des personnes concernées ;
  - outils utilisés : Fiches indicateurs / Fiches action / tableaux de bord de suivi synthétique ;
  - Contractualiser avec les partenaires externes fournisseurs de données.
- Consolidation des données :
  - rassembler l'ensemble des données et les mettre en forme dans un tableau de bord synthétique à présenter aux instances.
- Revue :
  - analyse des données consolidées et proposition d'éventuelles mesures correctives ;
  - un regard critique est porté sur les données de suivi et notamment sur l'efficacité ou la pertinence des actions mises en œuvre au regard des objectifs opérationnels à atteindre.

### **3.3 - L'utilisation du suivi**

- Diffusion :
  - remise des informations en interne et en externe.
- Intégration des retours :
  - prise en compte des éventuels retours des destinataires et proposition de modifications des objectifs ou actions ;
  - validation préalable des propositions de modification par le DG de l'ARS.

Les informations de suivi proposées aux destinataires externes seront validées par le DG de l'ARS ou le COPIL PRS avant diffusion.

## 4 - L'évaluation du PRS

L'évaluation est un instrument au service des décisions stratégiques et opérationnelles. Elle répond à une exigence de transparence de l'action conduite. Elle permet l'ajustement du PRS en cours et l'élaboration du PRS à venir.

La définition des thèmes sur lesquels portera l'évaluation est préalable à toute démarche. Les thèmes d'évaluation doivent être principalement transverses à plusieurs, voire à toutes les composantes du PRS. Certaines composantes du PRS : programmes thématiques, SROMS doivent faire l'objet d'au moins une question évaluative.

Pour des raisons de charge de travail que représente l'évaluation de chaque thème, il convient de se limiter à une dizaine de thèmes par évaluation en veillant à couvrir tout le champ du PRS. Les thèmes d'évaluation peuvent être structurés autour des composantes du PRS :

### **4.1 - Les trois priorités nationales définies dans le CPOM ARS - Etat :**

- ▶ Améliorer l'espérance de vie en bonne santé :
  - Réduire la mortalité prématurée évitable ;
  - Développer la promotion de la santé et la prévention des maladies ;
  - Renforcer l'efficacité du dispositif de veille et de sécurité sanitaires.
- ▶ Promouvoir l'égalité devant la santé :
  - Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.
- ▶ Développer un système de santé de qualité, accessible et efficient :
  - Améliorer la qualité et l'efficacité des soins et des services médico-sociaux ;
  - Adapter l'offre de soins et des services médico-sociaux aux besoins ;
  - Maîtriser les dépenses de santé et rétablir durablement l'équilibre financier des établissements publics de santé ;
  - Développer les parcours de soins et de vie des personnes âgées et personnes handicapées.

### **4.2 - Les cinq domaines issus du guide PSRS**

- ▶ Les orientations pour le domaine du handicap et du vieillissement
  - Amélioration de la connaissance épidémiologique ;
  - Amélioration de l'organisation du maintien et de l'accompagnement à domicile ;
  - Amélioration de la coordination et de la continuité de prise en charge en établissements.
- ▶ Les orientations pour le domaine de la santé mentale, des addictions et de la santé des jeunes
  - En matière de conduites addictives et à risque ;
    - Prévenir les usages nocifs de l'alcool et autres drogues ;
    - Promouvoir le risque zéro toxique chez la femme enceinte ;
    - Repérer et accompagner les personnes dépendantes et leur entourage.
  - En matière de troubles psychiques :
    - Faire évoluer les représentations en matière de troubles psychiques et de l'adaptation ;
    - Améliorer le repérage des troubles ;
    - Développer et diversifier l'accompagnement médico-psycho-social des personnes présentant des troubles psychiques.
  - En matière de risques psycho-sociaux :
    - Réduire les comportements à risque ;
    - Améliorer la situation des personnes en situation ou en risque de précarité-exclusion ;
    - Améliorer l'accompagnement des personnes sous main de justice.
- ▶ Les orientations pour le domaine de la périnatalité et de la petite enfance

- En matière de santé maternelle :
    - Réduction du taux d'IVG de récidence ;
    - Réduction de la fréquence des césariennes pour les accouchements à bas risque obstétrical ;
    - Réduction de l'obésité chez la femme.
  - En matière de santé périnatale :
    - Réduction du taux de mortalité des nouveau-nés ;
    - Amélioration du dépistage et de la prise en charge précoces des enfants présentant des troubles sensoriels, des difficultés liées au handicap et aux troubles de l'apprentissage.
  - En matière de santé infantile :
    - Amélioration du dépistage des troubles sensoriels chez l'enfant ;
    - Réduction de l'obésité ;
    - Amélioration de la couverture vaccinale.
- Les orientations pour le domaine des maladies chroniques
- Lutte contre l'obésité, le surpoids, la sédentarité afin de diminuer l'incidence et la prévalence des maladies chroniques ;
  - Promotion du dépistage - dont celui du VIH - et de la vaccination.
- Les orientations pour le domaine des risques sanitaires
- Diminution de l'incidence de la dengue, de la leptospirose et leurs complications ;
  - Amélioration de la qualité de l'eau du réseau et restauration de la confiance ;
  - Prévention et gestion de la survenue de maladies émergentes ou ré émergentes.

#### **4.3 - Le contenu du PSRS selon le décret relatif au PRS**

- prévention ;
- amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé ;
- réduction des inégalités sociales et territoriales en santé ;
- qualité et efficience des prises en charge ;
- respect des droits des usagers.

#### **4.4 - Les problématiques transverses du PSRS de la région**

### **5 - Méthodologie de mise en œuvre**

- Mettre en place le COPIL PRS et préciser ses missions ;
- Mettre en place la cellule opérationnelle et préciser ses missions ;
- Définir les dix thèmes sur lesquels portera l'évaluation en veillant à couvrir tout le champ du PRS (objectifs stratégiques) ;
- Définir le périmètre de suivi (objectifs opérationnels) ;
- Identifier les personnes responsables et formaliser le rôle de chacun ;
- Arrêter le calendrier de mise en œuvre et prévoir des bilans intermédiaires.



