

SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

VOLET AMBULATOIRE 2012 – 2016

INTRODUCTION	8
I. SROS AMBULATOIRE : Etat des lieux et orientations stratégiques	11
A. Etat des lieux	11
1. Sur le plan quantitatif : démographie	11
a) Les professions médicales.....	11
b) Les professions de la pharmacie.....	15
c) Les auxiliaires médicaux	16
2. Sur le plan qualitatif	24
a) La formation	24
b) La coordination	27
B. Enjeux	30
1. Projections démographiques à horizon 2030	30
2. Mise en évidence des dysfonctionnements, points de rupture, faiblesses.....	32
a) Prise en charge médicale	32
b) Prise en charge organisationnelle.....	32
c) Coûts : données de dépenses de santé	32
C. Orientations	33
1. L'organisation de l'offre	33
2. L'information des étudiants et des professionnels	34
3. Les incitations financières.....	34
4. La définition des zones fragiles.....	34
a) Les « zones médicalement sous dotées » de 2007	34
b) La méthodologie retenue pour une actualisation des zones fragiles	35
c) Les zones retenues comme fragiles	36
d) Le zonage des professions de santé.....	36
II. SROS AMBULATOIRE : organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA)	39
A. Etat des lieux : diagnostic	39
1. Les dispositions de l'arrêté préfectoral n°2009-476 du 26 mars 2009 organisant la PDS 40	
2. Les médecins participant à la PDS et secteurs de garde	42
3. Les secteurs de garde de pharmacie	43
4. Les gardes de chirurgiens-dentistes.....	44
5. Les maisons médicales de garde	45
6. Les transports sanitaires	47
a) Etat du parc.....	47
b) Respect des agréments : quotas.....	50
c) Programme d'inspections.....	52
d) Les secteurs de garde ambulancière	52
B. Définition et enjeux de la PDSA	52
a) Prise en charge administrative.....	53
b) Prise en charge organisationnelle.....	53
C. Orientations issues du sous-comité médical du 9 juin 2011 :	53
pistes de travail pour le cahier des charges régional de la permanence des soins.....	53
1. Régulation unique	53
2. Secteurs de garde.....	54

a)	Principe d'une ouverture des discussions pharmaciens-médecins	54
b)	Fonctionnement des secteurs médicaux et tableaux de garde	54
c)	Cas des Saintes (Terre de Haut)	54
3.	Nuit profonde	54
4.	MMG	54
a)	Evaluation des MMG	54
b)	Implantation des MMG	54
c)	Campagne de communication sur la régulation	54
5.	Transports sanitaires	55
a)	Plate-forme logistique des transports sanitaires	55
b)	Estimation du nombre théorique de véhicules de transports sanitaires.....	55
III.	SROS BIOLOGIE	57
A.	Organisation de la biologie en Guadeloupe	57
1.	Etat des lieux	57
2.	Données d'activité.....	58
3.	Cartographie des implantations.....	61
4.	Permanence des soins.....	62
B.	Orientations stratégiques / Objectifs régionaux	63
1.	Accompagner les objectifs d'efficacité et de qualité prévus par la réforme de la biologie.....	63
a)	Veiller dans le cadre de regroupement, au maintien de la continuité de l'offre, en faisant émerger des regroupements pertinents entre laboratoires	63
b)	Veiller à la mise en place de l'accréditation complète de tous les laboratoires ...	63
2.	Définir des règles d'implantation territoriale afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale.....	64
➤	Garantir, par un maillage satisfaisant du territoire, une accessibilité géographique en laboratoires ouverts au public et la pérennité de l'offre en biologie médicale.....	64
3.	Besoins de la population en nombre d'actes	64
4.	Veiller aux besoins en implantation par territoire pour les laboratoires ouverts au public.....	65
5.	Susciter les évolutions nécessaires par rapport à l'existant.....	65
6.	Accompagner les évolutions de l'offre de biologie pour les établissements de santé publics et privés.....	66
a)	Inciter les établissements de santé à organiser, si nécessaire, le regroupement de leurs laboratoires en multi-sites.....	66
b)	Mettre en œuvre les recommandations de la DGOS relatives aux relations EFS-établissements de santé.....	67
c)	Conserver et favoriser l'organisation de la permanence des soins sur le territoire	67
C.	Missions du Directeur Général de l'ARS	67
1.	Accréditation	67
2.	Pourcentage de l'activité par territoire	67
D.	Indicateurs de suivi régionaux	68
E.	Evolution de l'offre	68
IV.	SROS Ambulatoire : suivi et évaluation du dispositif	69
A.	La définition d'indicateurs	69
B.	L'évaluation économique	69

ANNEXES	70
V. ANNEXE I : Synthèse des priorités et des actions- cadrage financier estimatif des mesures.....	70
ANNEXE II: Dépenses de santé	75
VI. ANNEXE III : Nombre de médecins de 55 ans et plus par spécialité	78
VII. ANNEXE IV : Contribution de l'URPS médecins et de l'ADGUPS à la PDS (sous-comité médical du 09 juin 2011).....	80
VIII. ANNEXE V : Préconisations du SIAGETS pour la filière « transports sanitaires » (sous-comité transports sanitaires du 10 juin 2011).....	83
IX. ANNEXE VI : Décision de la MRS portant classement des zones en fonction de leur dotation en infirmiers libéraux (25 juin 2009)	85
X. ANNEXE VII : Qu'est-ce qu'une MSP, un centre de santé ?.....	87
XI. ANNEXE VIII : Calcul des zones fragiles-travaux de l'ORSAG	91
XII. ANNEXE IX : Calcul du nombre théorique de véhicule de transports sanitaires dans le département et population par secteur (valable de 2007 à 2012 inclus)	97
XIII. ANNEXE X : Mesures pour la répartition des professionnels de santé (Etat, collectivités territoriales, assurance maladie).....	98

Liste des sigles utilisés

ADELI	fichier Autorisation des listes, système d'information national des professionnels de santé
ADGUPS	Association Départementale des Gardes, Urgences et Permanence des Soins
AFPS	Attestation de Formation aux Premiers Secours
AG	Antilles-Guyane
ALD	Affection de longue durée
AMP	Aide Médicale à la Procréation
AP-HP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
APM	Assistance Publique de Marseille
AP	Auxiliaire de puériculture
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-soignant
ATSU	Association pour la promotion et le développement des transports sanitaires d'urgence de Guadeloupe
BHN :	B Hors Nomenclature
BNPS	Brevet National de Premiers Secours
BNS	Brevet National de Secourisme
CCA	Certificat de Capacité d'Ambulancier
CCMU	Classification clinique des malades des urgences
CCR	Cahier des Charges Régional
CDOM	Conseil de l'ordre des médecins
CESP	Contrat d'engagement de service public
CG	Conseil Général
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CH	Centre Hospitalier
CHBT	Centre hospitalier de Basse-Terre
CHU	Centre hospitalier Universitaire
CMU	Couverture maladie universelle
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODAMUPS-TS	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires
COFRAC	Comité Français d'accréditation
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSP	Code de la santé publique
DCEM1	1ère année du Deuxième Cycle des Etudes Médicales
DDE	Direction départementale de l'équipement
DE	Diplôme d'état
DEA	Diplôme d'état d'ambulancier
DEAVS	Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
DT	Délégation territoriale (Saint-Martin)
EFS	Etablissement Français du Sang
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENMR	Expérimentation de nouveaux modes de rémunération
ERM	(manipulateurs en) électroradiologie médicale

ETP	Education thérapeutique
ETP	Equivalent Temps Plein
EVASAN	Evacuation sanitaire
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
HAD	Hospitalisation à domicile
HCL	Hospices Civils de Lyon
HPST	Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'état
IBODE	Infirmier de bloc opératoire
IFMSAG	Institut de formation aux métiers de la santé Antilles-Guyane-
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
M	Million
MAIA	Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
MCU-PH	Maîtres de conférences des universités – praticiens hospitaliers
MER (EN)	Manipulateur en Radiologie (Education nationale)
MIGAC	Missions d'intérêt général et aide à la contractualisation
MMG	Maisons médicales de garde
MK	Masseur-kinésithérapeute
MRS	Mission Régionale de Santé
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
NABM	Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
NR	Non renseigné
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
ORSAG	Observatoire régional de santé de Guadeloupe
PA	Personne(s) Agée(s)
PACES	Première année des études de santé
PAPS	Plate-forme d'appui aux professionnels de santé
PARM	Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
PCEM1	1ère année du Premier Cycle des Etudes Médicales
PCEM2	2ème année du Premier Cycle des Etudes Médicales
PDS	Permanence des soins
PDSA	Permanence des soins ambulatoire
PH	Personne(s) en situation de handicap
PMI	Centres de protection maternelle infantile
PRIICE	Programme Régional et Interdépartemental d'Inspection Contrôle et Evaluation
PRS	Projet Régional de Santé
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
PU-PH	Professeurs des universités – praticiens hospitaliers
RSI	Régime social des indépendants
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SESAG	Service d'études et de statistiques Antilles-Guyane (des ARS)
SIAGETS	Syndicat interdépartemental Antilles-Guyane des entreprises de transport sanitaires
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-social
SROS	Schéma régional d'organisation des soins.
SSIAD	Services de Soins Infirmiers à Domicile
STOS :	Schéma Territorial d'Organisation Sanitaire
TCEM	Troisième Cycle des Etudes Médicales
TPMR	Transport de personnes à mobilité réduite
TS	Transports sanitaires
URPS	Unions régionales des professionnels de santé
VSL	Véhicule Sanitaire Léger

Lexique CGSS

PCAP : Evolution des montants remboursés en PCAP (Période Comparable Année Précédente)

TCAM: taux de croissance annuel moyen

MT : Montant

MT astreintes libérales : montant astreintes libérales

MT rémunération régulation : Montant rémunération régulation

SF : Actes de Sage-femme

SFI : Actes Infirmiers des sages-femmes

SLM : Section Locale Mutualiste

Introduction

Préambule

Pour mémoire, trois principes d'action sont susceptibles de guider le pilotage de la partie ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins (SROS) :

- La dynamique de construction du schéma est un élément déterminant de sa mise en œuvre (dynamique de concertation avec les acteurs de terrain) ;
- Ce schéma indicatif, donc non opposable régit des professionnels libéraux ; d'où la nécessité d'avoir des priorités pragmatiques et partagées avec les acteurs de terrain.
- La priorisation des actions se fait à la fois sur des thèmes traditionnels (priorisation des projets dans les zones où l'offre de soins nécessite d'être consolidée) et pour des thèmes transversaux (articulation avec les autres secteurs).

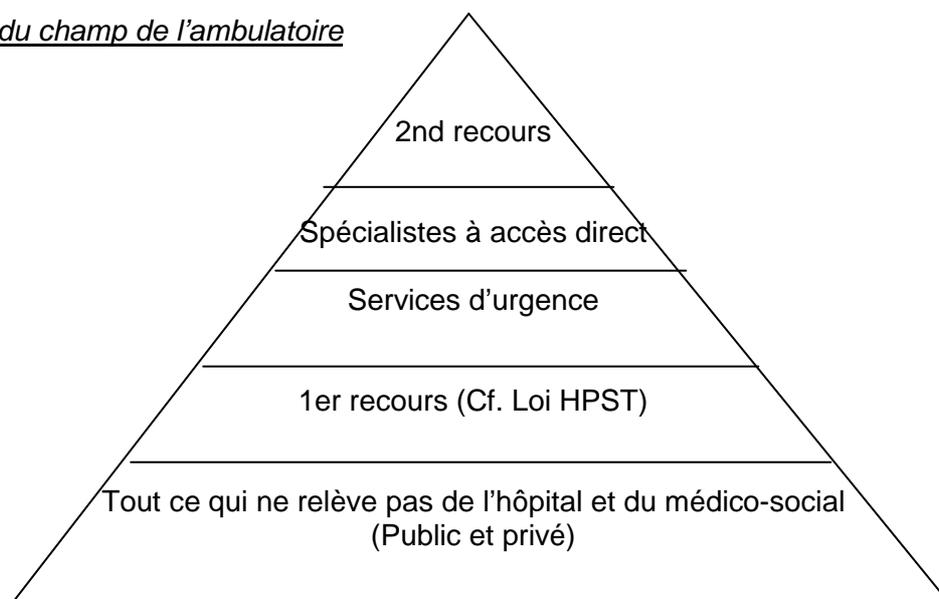
Principes préliminaires

Le dispositif de permanence des soins doit être défini dans le cahier des charges régional arrêté par le DG ARS. Il ne relève donc pas du volet ambulatoire du SROS.

Toutefois, les principes d'organisation de la PDSA sont établis dans le respect des objectifs fixés par le SROS ; cela implique notamment que le maillage des points fixes de gardes soit cohérent avec le maillage des structures d'urgence, afin de favoriser une meilleure articulation ville-hôpital.

En outre, le SROS ambulatoire pourra tenir compte, notamment dans sa phase de diagnostic, des synergies déjà créées dans l'exercice de la permanence des soins.

Définition du champ de l'ambulatoire



Le dispositif de zonage a évolué. Il doit faire d'objet d'un arrêté de zonage pris par le DG ARS.

Une démarche a été lancée pour permettre aux ARS de définir le zonage des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé

dans le calendrier du SROS. Cette démarche conduit à une identification de zones fragiles en termes d'offre et de besoin en soins.

Les objectifs sont de permettre à l'ARS d'identifier ces zones en cohérence avec les points d'implantation du SROS afin que les aides individuelles qui y sont attachées convergent autour des professionnels impliqués dans les projets prioritaires ; de permettre une articulation avec les aides conventionnelles existantes ou à venir.

Cadre juridique

- Définition du 1er recours

Loi HPST

Art. L. 1411-11. - L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7. Ces soins comprennent :

- « 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
 - « 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
 - « 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
 - « 4° L'éducation pour la santé.
- « Les professionnels de santé, dont les médecins traitants ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.
- « Art. L. 1411-12. - Les soins de second recours, non couverts par l'offre de premier recours, sont organisés dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 1411-11. »

Missions du médecin généraliste de premier recours : contribuer à l'offre de soins ambulatoire (prévention, dépistage, traitement et suivi des maladies, éducation pour la santé), orienter ses patients dans le système de soins, s'assurer de la coordination des soins (...), s'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé, participer à la mission de service public de permanence des soins, contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

Il appartient à l'ensemble des professionnels de santé de participer à ces missions, qui ne sont pas exclusives d'un type de professionnel. Toutefois la loi confère au médecin généraliste ainsi qu'au pharmacien un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre de ces missions.

- Spécialistes à accès direct

Il s'agit des spécialistes pour lesquels le patient n'a pas l'obligation de passer par son médecin traitant :

- gynécologues,
- ophtalmologues,
- psychiatres
- pédiatres

- Professionnels et structures ayant un impact sur le 1er recours

- chirurgiens-dentistes ;

- masseurs-kinésithérapeutes ;
 - infirmiers ;
 - centres de protection maternelle infantile (PMI) ;
 - établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
 - hospitalisation à domicile (HAD) ;
 - services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ;
 - biologie et imagerie standard-échographie...
- o Autres spécialistes

Ce sont les spécialistes du second recours qui impactent l'offre de premier recours :

- cardiologues ;
- rhumatologues ;
- dermatologues ;
- pneumologues.

- o Missions des pharmaciens d'officine correspondants

Art.R5125-33-5.-I. — En application du 7° de l'article L. 5125-1-1-A, le patient peut désigner un pharmacien d'officine correspondant, titulaire ou adjoint ou pharmacien gérant d'une pharmacie d'officine avec l'accord de ce pharmacien, pour mettre en œuvre un protocole prévu à l'article L. 4011-1.

« II. — Dans le cadre d'un protocole portant sur un traitement chronique, le pharmacien d'officine désigné comme correspondant par le patient peut, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement le traitement concerné, ajuster au besoin sa posologie au vu du bilan de médication qu'il a effectué, selon un rythme et des modalités définis par le protocole.

- o Le zonage prioritaire

Art. L1434-7 du code de la santé publique- 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 sont déterminées par l'ARS dans le SROS. Les dispositions pour la détermination de ce zonage font l'objet d'un arrêté pris par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

I. SROS Ambulatoire : zones prioritaires

A. Etat des lieux

1. Sur le plan quantitatif : démographie

Les sources statistiques mobilisées sont celles de la CGSS¹, du fichier ADELI², de l'atlas de la démographie médicale dans les DOM-TOM et atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2009.

D'autres sources sont disponibles et actualisées comme celles du Conseil de l'ordre des médecins (CDOM) ou celle du régime social des indépendants (RSI).

a) Les professions médicales

La situation globale des effectifs reste alarmante même si la région enregistre une augmentation régulière du nombre installations, et garde un solde positif des entrées et des sorties. La dynamique de croissance a été forte si on la compare à la progression moyenne enregistrée en métropole. Les effectifs ont doublé entre 1995 et 2005 alors qu'ils n'ont cru que de 11% en métropole. Certaines communes ont connu entre 2003 et 2008 une perte de leurs médecins de 1er recours.

A l'instar d'autres départements, l'offre de spécialistes est déséquilibrée et se concentre dans les zones les plus urbanisées, près des centres hospitaliers en général.

Le département enregistre 13 nouvelles inscriptions entre 2007 et 2008. L'âge moyen de la 1ère inscription est de 37 ans là où la moyenne nationale est de 34 ans.

Les données de la base ADELI indiquent que se sont installés de 2003 à 2008, 32 généralistes et 26 spécialistes.

L'âge moyen de départ à la retraite est de 66 ans pour l'ensemble des DOM ; 79 % sont des médecins généralistes.

Les médecins généralistes sont âgés en moyenne de 50 ans ; 63% exercent une activité libérale exclusive, 63% des généralistes libéraux ont moins de 55 ans (versus 64% en métropole).

Les médecins spécialistes en activité régulière sont âgés en moyenne de 51 ans ; 55 % d'entre eux sont des salariés 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.

Le nombre des diplômés de médecine inscrits au fichier ADELI au 1er Janvier 2008 est de 892 médecins dont 494 généralistes (55,4%), 398 spécialistes (44,6%), Age moyen : 49,6 ans.

¹ CGSS : caisse générale de sécurité sociale

² ADELI : fichier Autorisation DEs LIstes, système d'information national des professionnels de santé

Effectifs des médecins libéraux au 31 décembre 2008³ et évolution entre 2003 et 2008 :

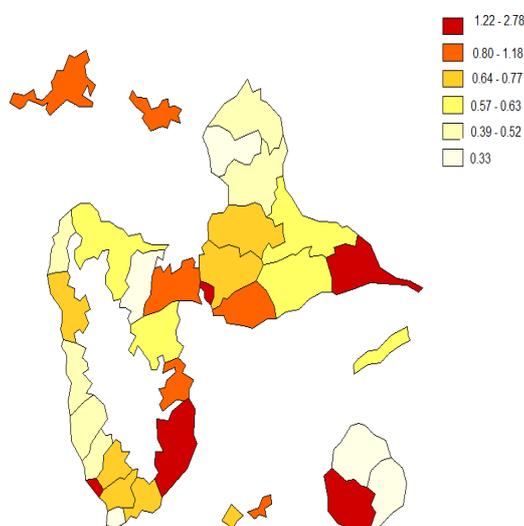
	2008		2003		Evolution 2008/2003
	effectifs	Densité (pour 100 000 hab)	effectifs	densité	effectifs
généralistes	318	71	289	68	+ 29
spécialistes	251	56	230	54	+ 21
total	569	63,5	519	61	+50

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).

(1) Les généralistes



Au 14 février 2011, 331 médecins généralistes libéraux sont installés dans le département. La densité moyenne des médecins généralistes libéraux est de 78 pour 100 000 hab.

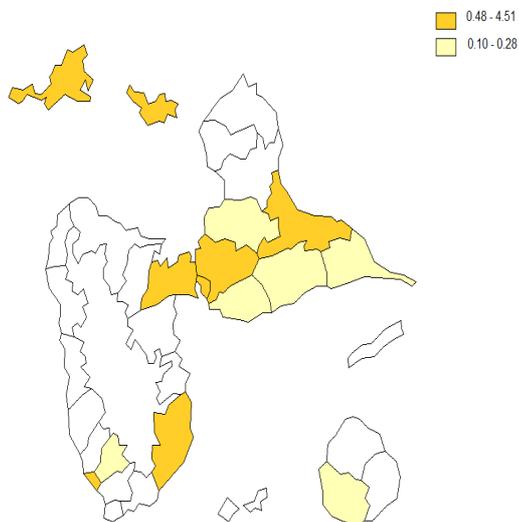
La commune de Vieux-Fort est dépourvue d'installation de médecins généralistes.

[Données CGSS issues de la commission paritaire départementale des médecins de février 2011]

³ Source : SNIR/SIAM-ERASME (CGSS)

(2) Les spécialistes

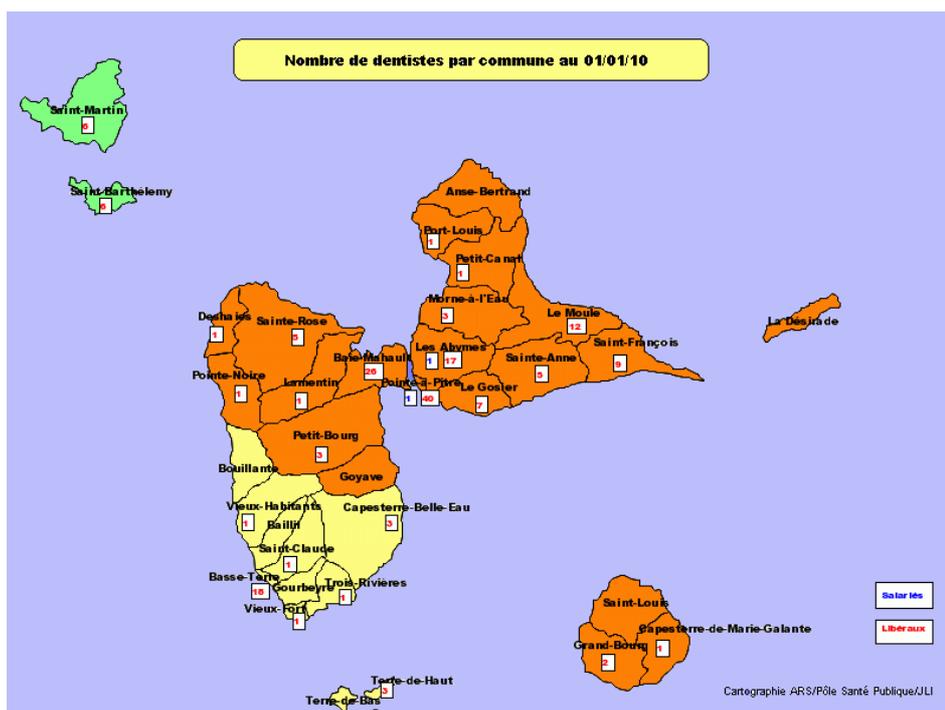
268 médecins spécialistes libéraux sont installés dans le département.
 La densité moyenne est de 63 pour 100 000 hab. chez les médecins spécialistes libéraux.
 [Données CGSS issues de la commission paritaire départementale des médecins de février 2011]



(3) Les chirurgiens-dentistes

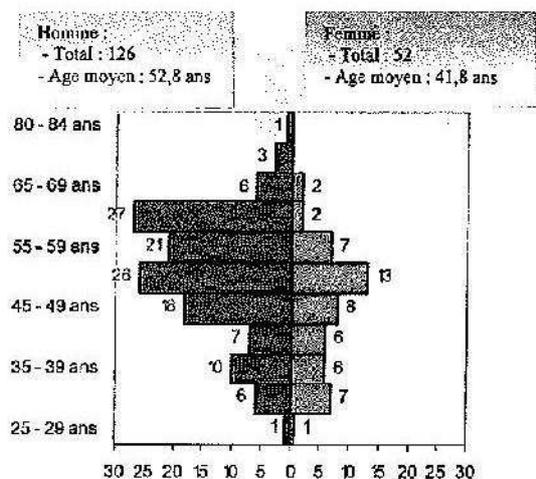
Au 28 avril 2010, on dénombre 178 chirurgiens dentistes installés sur le département.
 9 communes sont dépourvues de dentistes.

La densité moyenne est de 42 pour 100 000 hab. On note une faible densité dans 15 communes.



L'âge moyen est de 42 ans chez les chirurgiens dentistes femmes et de 53 ans chez les hommes. 71% des chirurgiens dentistes sont des hommes.

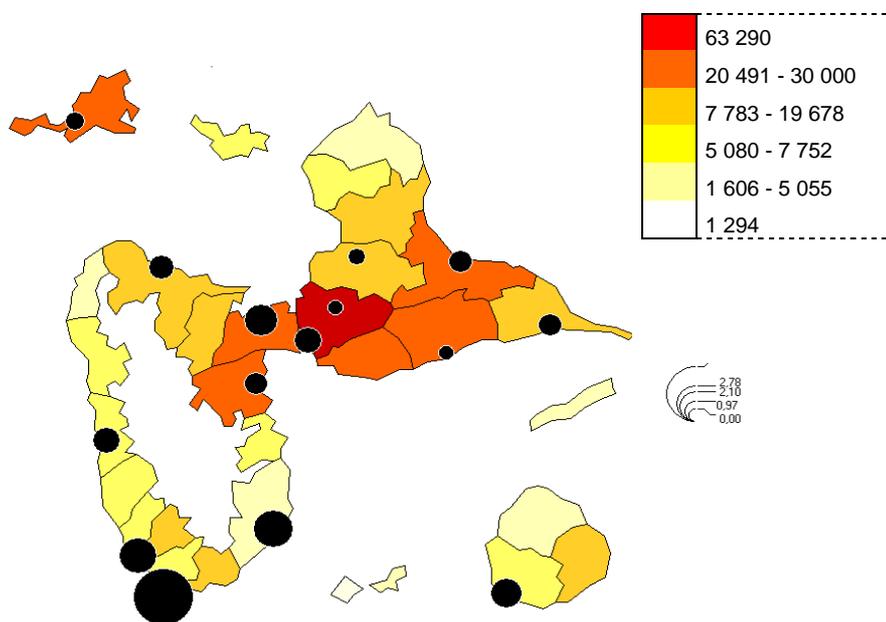
[Données CGSS, commission paritaire départementale des dentistes, avril 2010.]



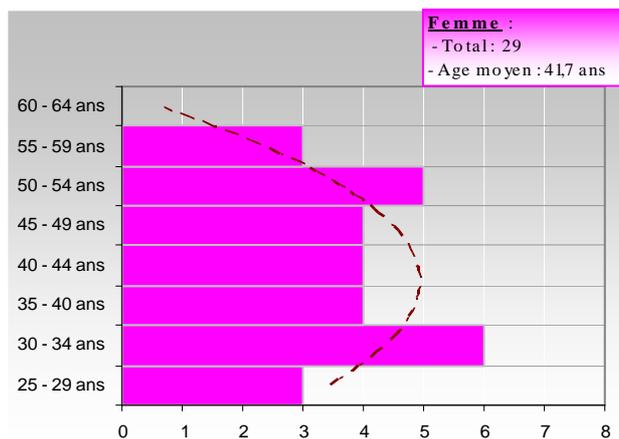
(4) Les sages-femmes

Au 15 mars 2011, 29 sages-femmes libérales sont installées sur le département. Aucune installation de sage-femme n'a été enregistrée au cours de l'année 2010. On note une désinstallation.

[Données CGSS : commission paritaire des sages-femmes, mars 2011]



La pyramide des âges des sages-femmes fait apparaître une profession médicale dont l'effectif est relativement jeune et exclusivement féminin. L'âge moyen est de 42 ans.



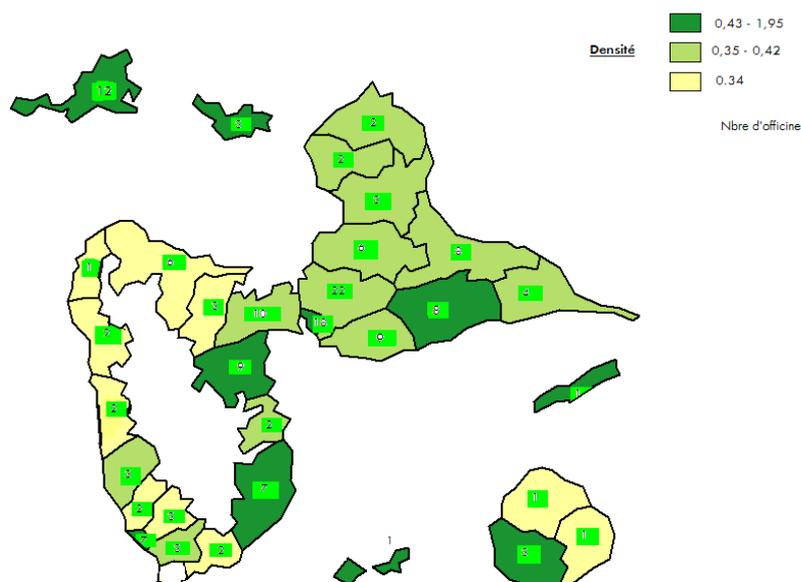
SAGES-FEMMES	Guadeloupe	Martinique	Guyane	France métro
Densité 2010 (pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans)	159	206	162	133
Nbre d'actes pour 1000 femmes	926	537	351 (2)	325
Nbre d'actes par sage-femme libérale	3981	2790	1734 (2)	1933

(2) Estimation

[Tableau SESAG- Comité de pilotage IFMSAG⁴- avril 2011- source ADELI]

b) Les professions de la pharmacie

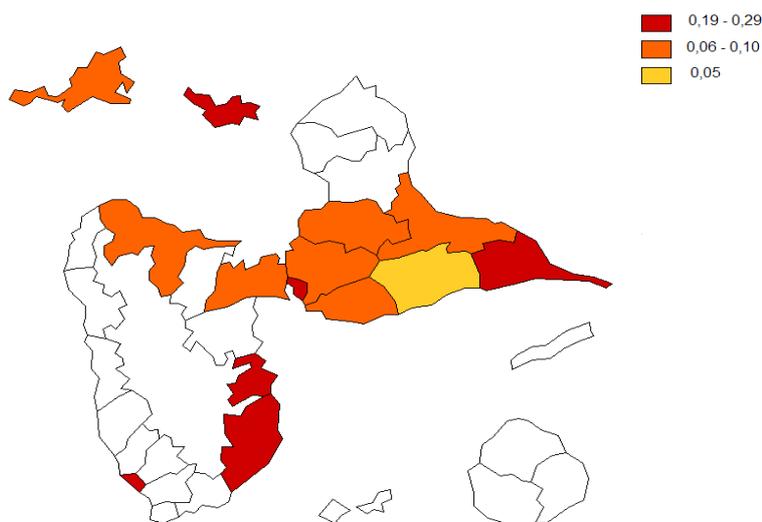
Au 7 mai 2010, 165 **pharmaciens d'officine** sont installés sur le département. Seules les communes de Vieux- Fort et de Terre-de-Bas se trouvent être dépourvues d'officines.



[Données source CGSS, commission paritaire des pharmaciens d'officine, mai 2010]

⁴ IFMSAG Institut de formation aux métiers de la santé Antilles-Guyane, travaux préparatoires

Au 19 avril 2010, on dénombre 31 **laboratoires** installés sur le département dont 26 laboratoires d'analyses médicales. Ils se répartissent sur 14 communes.

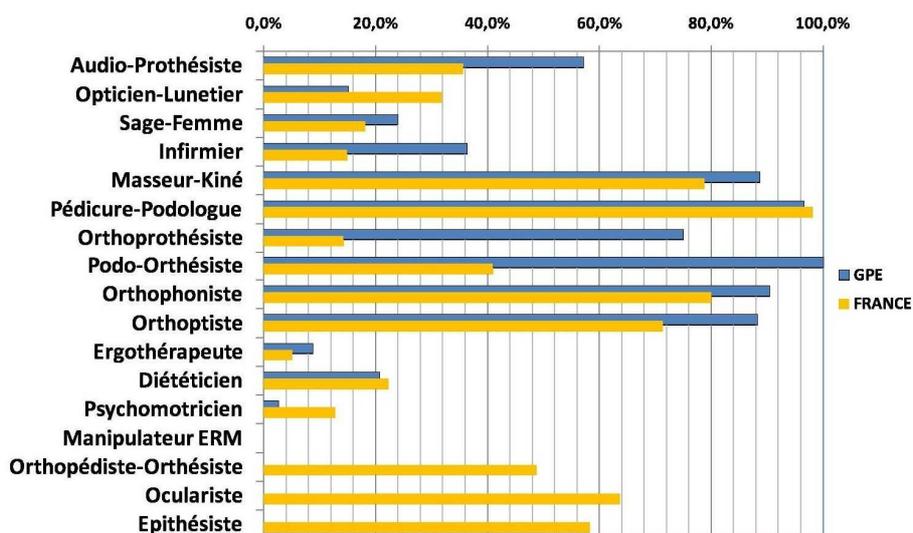


[Données source CGSS, commission paritaire des laboratoires, avril 2010]

c) Les auxiliaires médicaux

Participant de façon parallèle et complémentaire à l'action des professionnels de santé médicaux dans le champ de l'offre de soins ambulatoire, les professionnels de santé dits auxiliaires médicaux caractérisent, de part leur nombre et leur répartition géographique, la qualité de la couverture des soins de ville.

Proportion de libéraux - GUADELOUPE



[Graphique SESAG- Comité de pilotage IFMSAG⁵ - avril 2011- source ADELI]

⁵ IFMSAG : institut de formation aux métiers de la santé Antilles-Guyane- Travaux préparatoires

Cartographie des auxiliaires médicaux :

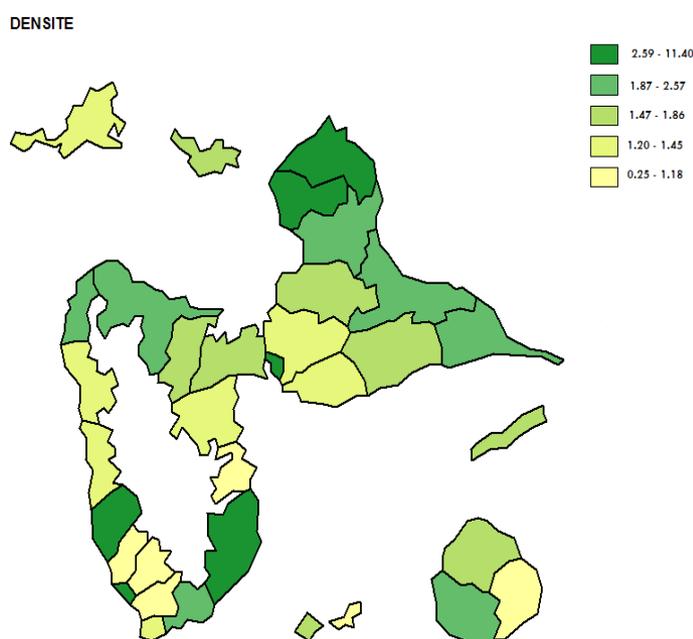
• Infirmiers

Au 2 février 2011, 779 infirmiers sont installés en libéral sur le département. La densité moyenne des infirmiers est de 183 pour 100 000 habitants.

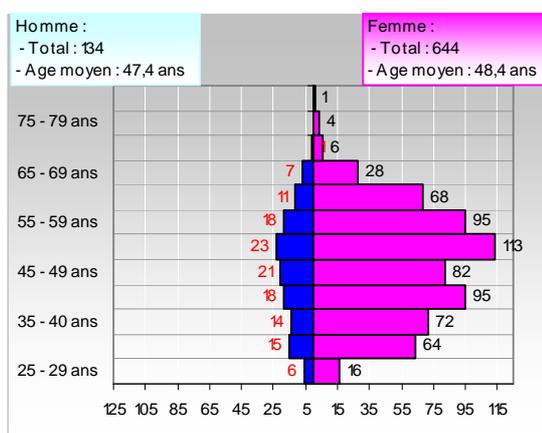
La démographie des infirmiers se caractérise par une concentration des installations :

- 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).

[Données source CGSS, commission paritaire des infirmiers de février 2011.]

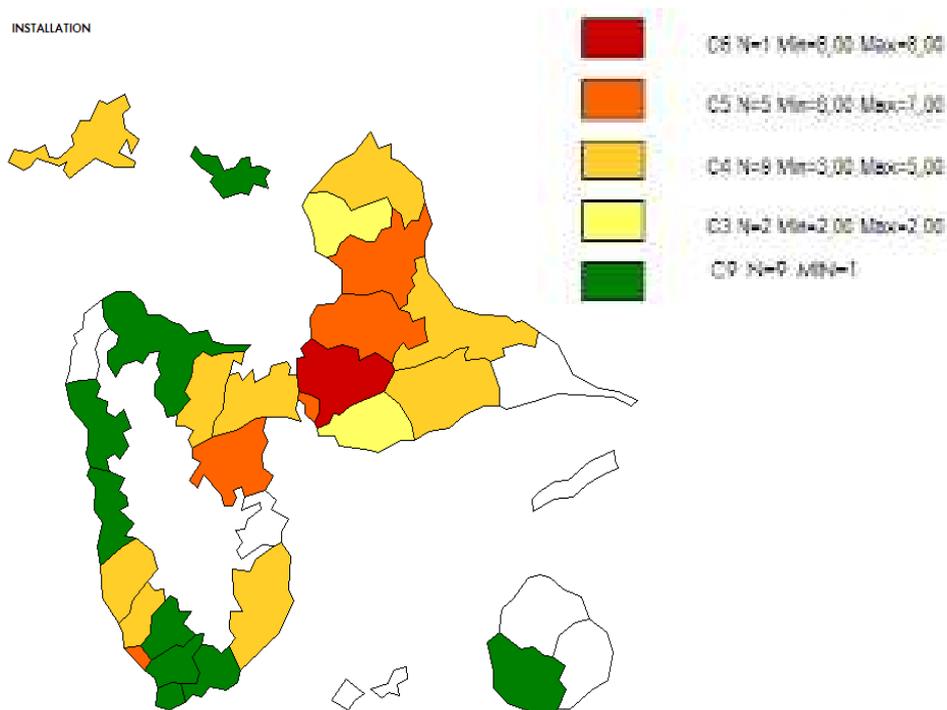


L'âge moyen des infirmières est de 48,4 ans. Chez les hommes, la moyenne d'âge est de 47,4 ans. La profession est à 85% féminine.



En 2010, on dénombre 88 installations contre 21 départs d'infirmiers. Les installations se font faites plus actives en Grande-Terre, sur la côte sous le vent, à Saint-Martin.

Une décision de la Mission Régionale de Santé (MRS) du 25 juin 2009 organise le classement des zones en fonction de leur dotation en infirmiers libéraux. Ce classement préside aux délivrances des aides à l'installation (contrats santé solidarité).⁶



• Masseurs-kinésithérapeutes

Au 19 mai 2011, 364 masseurs-kinésithérapeutes sont installés sur le département. La densité moyenne est de 85,4 pour 100 000 habitants.

Une concentration des installations dans 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).

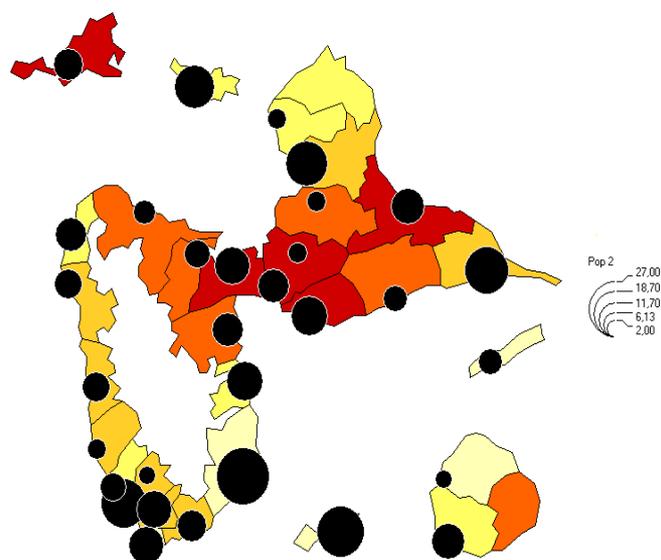
On ne note aucune installation dans les communes Suivantes : Anse-Bertrand, Capesterre de Marie-Galante et Terre-de-Bas. Capesterre-Belle-Eau se trouve être la commune avec une densité la plus élevée de l'ensemble des communes.

[Données CGSS, commission paritaire régionale des masseurs-kinésithérapeutes, mai 2011]

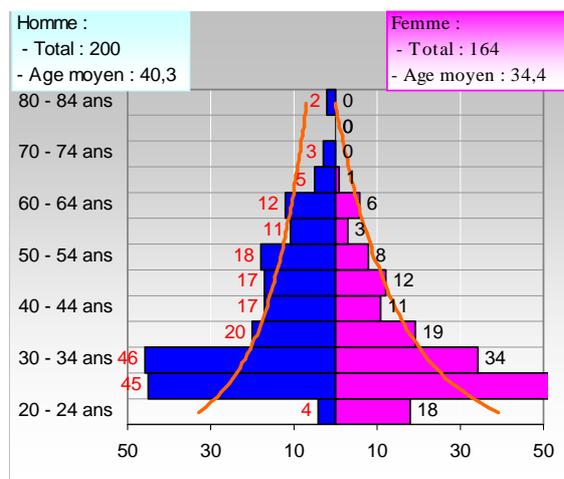
⁶ Classement des zones/infirmiers libéraux en annexe VI

MASSEURS-KINES	densité libéraux en 2010	Total PS
Guadeloupe	89	408
Martinique	96	409
Guyane	28	104
France métro	110	

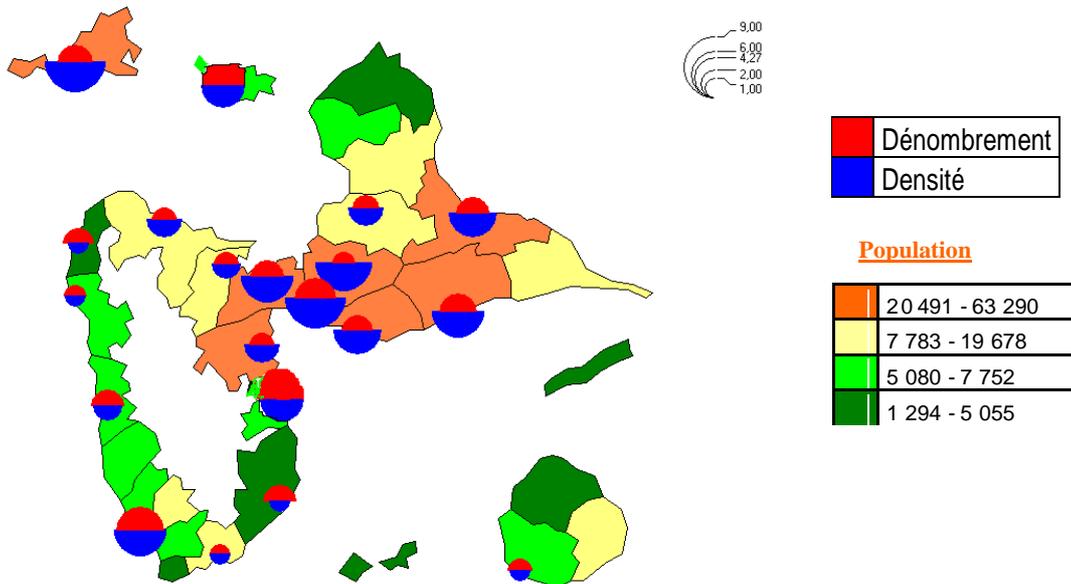
[Tableau SESAG- Comité de pilotage IFMSAG- avril 2011- source ADELI]



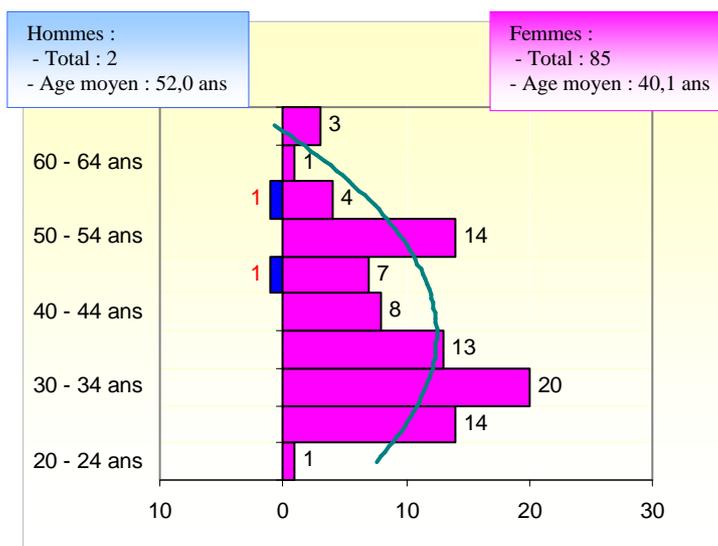
La pyramide des âges témoigne d'une profession jeune pour les masseurs-kinésithérapeutes.



En 2010 on dénombre 64 installations de masseurs-kinésithérapeutes contre 37 départs.



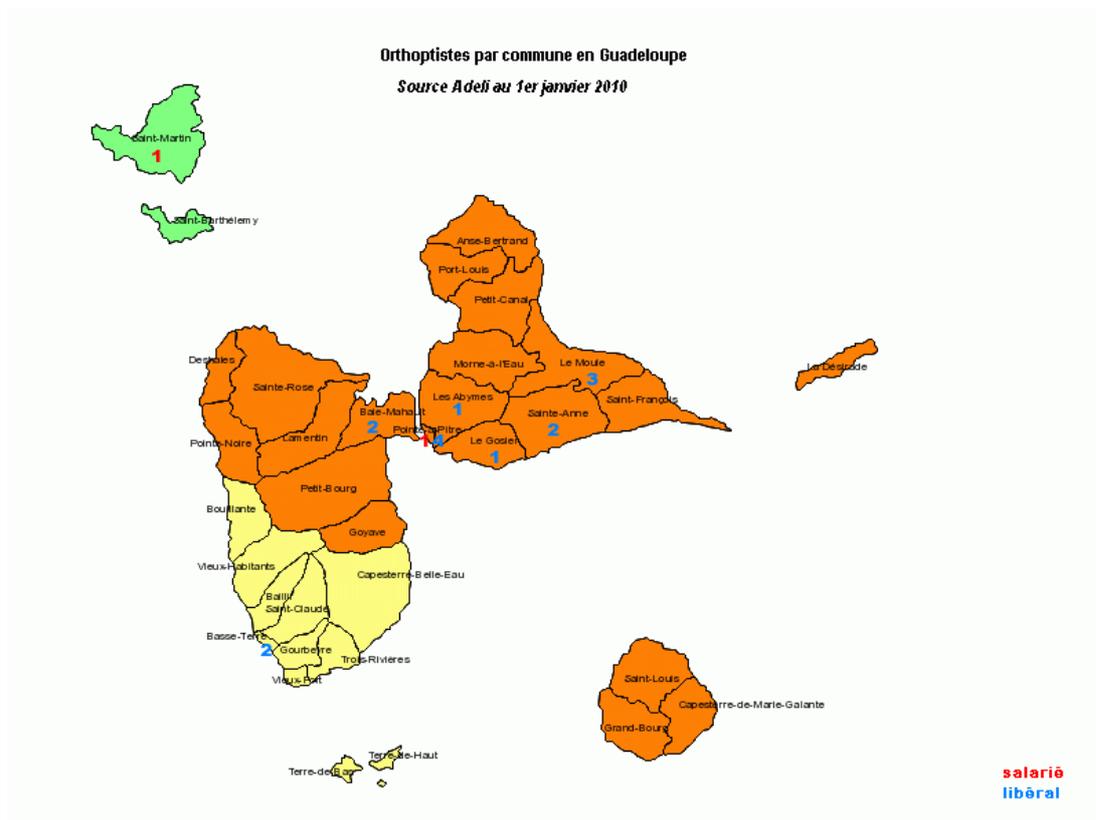
La profession d'orthophonistes est largement féminine avec une moyenne d'âge chez celles-ci de 40 ans.



Au cours de l'année 2010, on dénombre 3 installations contre 9 départs. Les causes de départ en 2010 sont : 3 cessations d'activité et 6 installations hors du département.
[Données CGSS issue de la commission paritaire départementale des orthophonistes d'avril 2011]

- Orthoptistes

La Guadeloupe compte 16 orthoptistes plus 1 installé à Saint-Martin (selon la source ADELI 2010-SESAG). Leur densité est inférieure à la moyenne nationale.

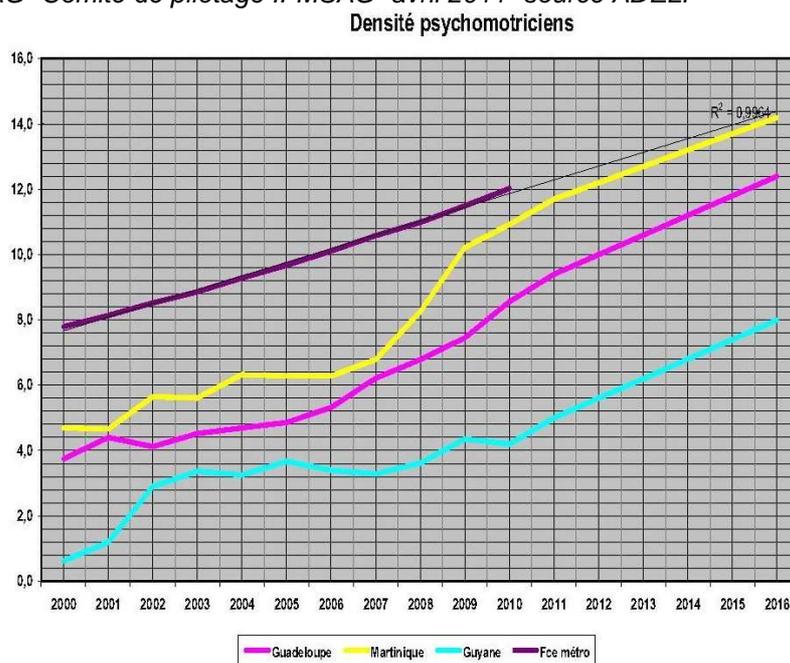


- Pédicures-podologues

52 pédicures-podologues sont répertoriés en Guadeloupe (source : Syndicat régional⁷).

- Psychomotriciens

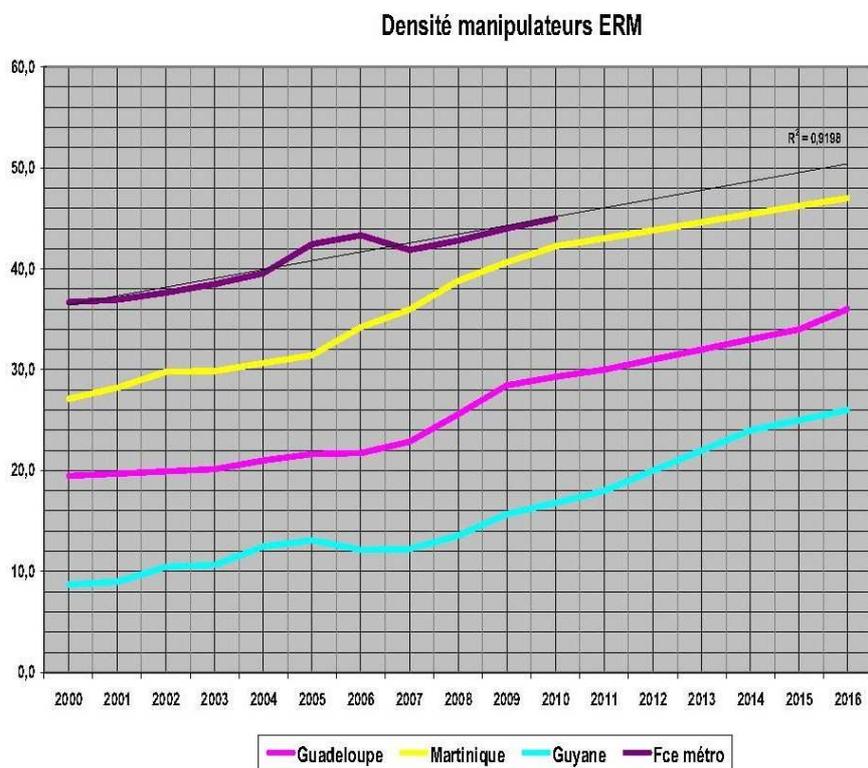
38 psychomotriciens sont dénombrés dont 2 à Saint-Martin. (Source ADELI 2010, SESAG).
Graphique SESAG- Comité de pilotage IFMSAG- avril 2011- source ADELI



⁷ Syndicat des pédicures podologues de la Guadeloupe (données au 04/12/11)

- Manipulateurs ERM (manipulateurs en électroradiologie médicale)

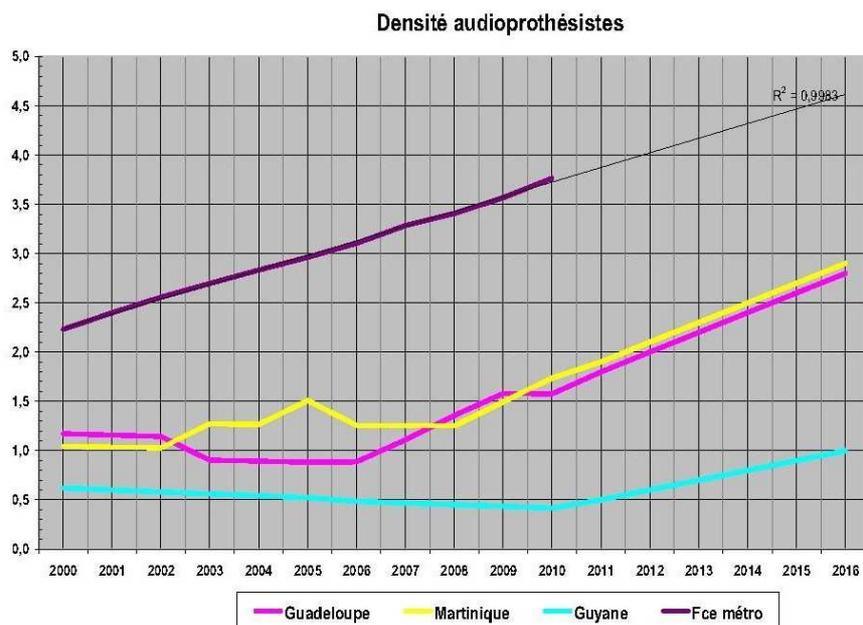
128 manipulateurs en électroradiologie médicale exercent en Guadeloupe. (Source ADELI 2010). Ce nombre comprend les 9 ERM de Saint-Martin. A horizon 2016, leur densité est en progression.



Graphique SESAG- Comité de pilotage IFMSAG- avril 2011- source ADELI

- Audioprothésistes

6 audioprothésistes sont répertoriés en Guadeloupe continentale plus un à Saint-Barthélemy soit un total de 7 (source ADELI 2010). Graphique SESAG- Comité de pilotage IFMSAG- avril 2011- source ADELI



2. Sur le plan qualitatif

a) La formation

(1) Les internes en médecine

Si la faculté de médecine n'accueille à sa création en 1988 que des étudiants de 3ème cycle (TCEM⁸), elle obtient l'autorisation de s'ouvrir à la première année en 1998 (PCEM 1⁹), à la deuxième en 2008 (PCEM 2¹⁰) et en 2009 à la troisième année (DCEM1¹¹).

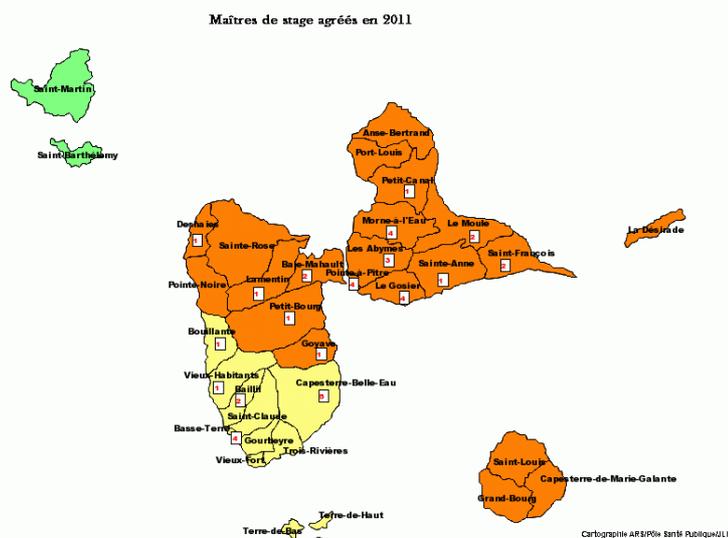
En 2011, elle enregistre 860 inscrits de 1ère année pour l'ensemble des 3 régions ; les enseignements de deuxième année (85 étudiants) et de troisième année (89) se font en Guadeloupe. Les autres années du cycle sont réalisées ailleurs, au sein d'universités hexagonales dont celle de Bordeaux.

Le numerus clausus fixé annuellement est de 85 pour l'année 2010-2011 (10,3 % des inscrits). Les internes Antilles-Guyane sont au nombre de 292 inscrits. Ils sont 249 à avoir déjà fait le choix de leur spécialité définitive car inscrits 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.

Pour enseigner et encadrer la formation des étudiants et internes, la faculté comptabilise 19 professeurs des universités – praticiens hospitaliers (PU-PH) dont 1 associé en médecine nucléaire, 1 PU associé de médecine générale à mi-temps, 6 maîtres de conférences des universités – praticiens hospitaliers (MCU-PH), 16 postes de chefs de clinique.

La faiblesse numérique de l'équipe et l'insuffisance des surfaces immobilières disponibles constituent des freins à la création dès la rentrée 2011 de la 4ème année de médecine inscrite au rang des mesures du comité interministériel de l'Outre-mer (CIOM) en 2009.

La rémunération des internes leur est versée par les CHU¹² Antilles-Guyane 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).



⁸ TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales

⁹ PCEM1 : 1^{ère} année du Premier Cycle des Etudes Médicales

¹⁰ PCEM2 : 2^{ème} année du Premier Cycle des Etudes Médicales

¹¹ DCEM1 : 1^{ère} année du Deuxième Cycle des Etudes Médicales

¹² CHU : Centre hospitalier universitaire

Les crédits de formation médicale accordés par l'Etat pour la formation des internes de médecine générale (honoraires de maîtres de stages et des internes pendant leur stage en ambulatoire) s'élèvent pour le 1er semestre 2010 à 429 188 euros soit pour le CHU (350 604 euros), le CHBT¹³ (72 539 euros) et le CH de Selbonne (6 045 euros).

Des enveloppes complémentaires sont prévues et versées aux établissements pour compenser les frais liés à l'augmentation du nombre d'internes dans la région Antilles-Guyane (crédits non reconductibles) : 600 000 euros ont été versés aux établissements en 2010

Les Antilles Guyane reçoivent régulièrement des internes d'autres facultés métropolitaines (hors subdivision). Ils sont payés par les CHU Antilles-Guyane d'accueil.

Effectifs Antilles-Guyane pour le semestre de novembre 2010 : 136 internes de spécialités (dont 86 affectés dans les établissements, les autres sont à Bordeaux dans le cadre de la convention de 2004 et 2009 ou en inter CHU. Pour ce qui est de la médecine générale, nous comptabilisons 156 internes ce semestre, 150 sont affectés en Antilles Guyane, les 6 autres sont en disponibilité.

Département	Internes de spécialités	Internes de médecine générale
GUADELOUPE	31	69
MARTINIQUE	49	58
GUYANE	6	23
TOTAL	86	150

Les issues de formation en novembre 2010 : Depuis 2004, date de création de la subdivision Antilles-Guyane, 132 internes AG¹⁴ 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.

La loi HPST a introduit deux 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 là où le vieillissement est le plus marqué et où s'expriment les besoins les plus aigus.

La région Antilles-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.

Les autres formations aux métiers de la santé :

La première année des études de santé (PACES) a été mise en place pour la première fois dans toute la France à la rentrée 2010. Le numerus clausus de la Guadeloupe, en dehors de celui la médecine, sont fixés à 11 pour les dentistes, 24 pour les sages-femmes et à 3 pour les pharmaciens.

Admis à l'issue de cette première année, ils poursuivent dans les facultés de métropole, et en Martinique pour ceux qui se destinent à la maïeutique.

¹³ CHBT : Centre hospitalier de Basse-Terre

¹⁴ AG : Antilles-Guyane

(2) Les professions paramédicales

Le tableau ci-après regroupe les effectifs des formations paramédicales aux Antilles-Guyane :

N : non- formation non dispensée ; O : oui- formation existante, effectifs non communiqués.

2011	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Saint-Martin	Saint-Barthélemy
MINISTERE DE LA SANTE					
IFSI ¹⁵ (quota)	122 (arrêté de mai 2009)	84	50	En cours NC de 20 places dans la COM	N
AS ¹⁶ (quota)	35 au CHU 15 au Lycée professionnel de <i>Port-Louis</i> 45 en Formation complémentaire (titulaires du DEAVS ¹⁷ , du DE ¹⁸ ambulancier	Oui	15	N	N
AP ¹⁹ (quota)	16	Oui	15	N	N
Puériculteurs (quota)	25	N	N	N	N
IADE ²⁰ (quota)	15	N	N	N	N
IBODE ²¹ (quota)	N	Oui	N	N	N
MK ²² (quota)	N	Oui	N	N	N
Sages femmes (quota)	N	24	N	N	N
Ambulanciers et Auxiliaires (quota)	20 sur 6 mois 3 fois 70 h (groupe de 15)	N	N	0	0
préparateurs en pharmacie hospitalière (quota)	12	N	N	N	N
EDUCATION NATIONALE ET ENSEIGNEMENT SUPERIEUR					
MER (EN) ²³	16	15	N	N	N
Opticiens lunettiers (CFA)	20	Oui	Oui	N	N
Préparateurs en pharmacie d'officine (CFA)	25	Oui (école privée)	ponctuelle	N	N
Techniciens de laboratoire	DUT				

En projet : 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.

¹⁵ IFSI : Instituts de Formation en Soins Infirmiers

¹⁶ AS : aide-soignant

¹⁷ DEAVS : Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale

¹⁸ DE diplôme d'état

¹⁹ AP : auxiliaire de puériculture

²⁰ IADE : infirmier anesthésiste diplômé d'état

²¹ IBODE : infirmier de bloc opératoire

²² MK : masseur-kinésithérapeute

²³ MER (EN) : Manipulateur en Radiologie (Education nationale)

La réflexion est engagée et pilotée par une instance inter régionale de travail à laquelle participent tous les acteurs de la formation paramédicale.

b) La coordination

Aujourd'hui intégré dans le FIR, Fonds d'Intervention Régional, le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS, art. L.221-1-1 du Code de la sécurité sociale) a permis de financer 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.

Soutien à la coordination

Il existe de 7 promoteurs de réseaux de santé relevant d'un financement issu du FIQCS et relevant désormais du FIR. Ces 6 promoteurs portent les réseaux de santé suivants :

- **Réseau KARUKERA ONCO** (promoteur : Association Guadeloupéenne de Cancérologie) dont l'objectif est de développer et de promouvoir des activités de prévention, de dépistage et de traitement des cancers, de prise en charge globale des situations lourdes ;
- **Réseau HTA GWAD** (promoteur : Association Groupe HTA Guadeloupe) dont l'objectif vise la coordination de la prise en charge des patients hypertendus (accueil, information, prévention dans le domaine de l'hypertension artérielle) ;
- **Réseau DIABETE** (promoteur : Association KARU DIABETE) dont l'objectif consiste à coordonner l'action des professionnels de santé autour des patients en vue d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins, à renforcer la prise en charge éducative et la prévention primaire et secondaire ;
- **Réseau GRANDIR** (promoteur : Société Guadeloupéenne de Pédiatrie) dont l'objectif est de promouvoir 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 ;
- **Réseau ADDICTIONS** (promoteur : GIP AASPEG) dont l'objectif vise à coordonner la prise en charge des patients présentant des conduites addictives associées à des comorbidités somatiques, psychiques ou sociales ;
- **Réseau KARU ASTHME** (promoteur : Association KARU Asthme) dont l'objectif est de promouvoir 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 ; A noter qu'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**) ;
- **Réseau PERINAT** (promoteur : Association Naître en Guadeloupe) dont l'objectif est l'amélioration de la prise en charge des grossesses à risque médical, psychique ou

social, tout ceci en améliorant le niveau de qualité de la prise en charge globales de l'ensemble des femmes enceintes, des futurs pères et de leur enfant à naître, ainsi que l'amélioration des échanges et du partenariat avec les Caraïbes. Ce réseau est intégré au GIP AASPEG.

Projet d'amélioration de la qualité des soins de ville

En termes de soins de ville, sont financés par le FIQCS intégré au FIR, outre l'action visant à la prise en charge, de septembre 2009 à décembre 2010, du surcoût lié à la formation des médecins radiologues (promoteur : Syndicat Régional des Médecins Radiologues de Guadeloupe), deux structures :

- **le Centre d'Implantologie en Guadeloupe** (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 aux patients et de l'évolution de la science et de l'art dentaire et assure un coût réduit des traitements aux patients ;
- **les Groupes Qualité** (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.

Orientations nationales 2012²⁴

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (article 65) a créé le fonds d'intervention régional (FIR), qui vise à donner aux agences régionales de santé (ARS) une plus grande souplesse dans la gestion de certains de leurs crédits, au service d'une stratégie régionale de santé transversale.

Le FIR regroupe désormais au sein d'une même enveloppe globale des crédits antérieurement fléchés qui répondent à des objectifs complémentaires de politique de santé : la permanence des soins, la performance et la qualité des soins, d'une part, les actions de prévention-santé publique, d'autre part.

Le fonds doit également permettre aux ARS d'optimiser la dépense, l'objectif étant de passer d'une logique de moyens sur des lignes fléchées à une logique d'objectifs et de résultats vérifiés dans le cadre d'un reporting organisé.

Les textes législatifs et réglementaires²⁵ précisent les actions, expérimentations ou structures qui sont susceptibles d'être financées par le FIR dans les domaines suivants :

1) La permanence des soins, notamment :	<ul style="list-style-type: none">- les rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la permanence des soins ambulatoires (PDSA)- les actions ou structures qui concourent à l'amélioration de la PDSA, notamment les maisons médicales de garde- la permanence en établissement de santé (PDSES) prévue au 1° de l'article L. 6112-1 du CSP
--	---

²⁴ Circulaire SG/2012/145 du 9 mars 2012

²⁵ Articles L. 1435-8, R. 1435-16 à R. 1435-22 du CSP.

<p>2) L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé, notamment :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - le développement de nouveaux modes d'exercice dont l'objectif est d'expérimenter de nouvelles pratiques, organisations ou coopérations entre professionnels de santé, notamment les réseaux de télésanté et la télé-médecine - la promotion de dispositifs innovants visant à améliorer la qualité des pratiques et la qualité des soins aux patients - les réseaux de santé - les actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé, et notamment les maisons de santé professionnelles, les pôles de santé et les centres de santé - les centres périnataux de proximité mentionnés à l'article R. 6123-50
<p>3) La modernisation, adaptation et restructuration de l'offre de soins ainsi que des prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches visant à améliorer la performance hospitalière engagés par des établissements ou par les ARS pour les établissements de leur région</p>	
<p>4) L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé, notamment :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - contrats locaux d'amélioration des conditions de travail - actions de gestion prévisionnelle des métiers, emplois et compétences et actions de formation dans le cadre de la promotion professionnelle - aides individuelles, prestations et compléments de rémunération destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de modernisation et de restructuration
<p>5) La prévention des maladies, promotion de la santé, éducation à la santé et de sécurité sanitaire, notamment :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - actions de pilotage régional et de soutien dans le domaine de la prévention et de l'observation en santé et de l'évaluation des programmes de santé et de diffusion des bonnes pratiques - actions en matière d'éducation thérapeutique et de prévention des maladies, des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux - actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles - actions mises en œuvre dans le cadre de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles
<p>6) La mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires, en particulier en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets, notamment :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Actions permettant la mutualisation des moyens de plusieurs ou de la totalité des professionnels et structures sanitaires de la région, notamment en matière de systèmes d'information, de groupement d'achats, d'accompagnement de la modernisation et des restructurations ou d'ingénierie de projet
<p>7) La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi que de prise en charge et d'accompagnement des personnes handicapées ou âgées dépendantes (à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux départements)</p>	

Modes d'exercice collectif

Au titre des modes d'exercice collectif, il n'existe à ce jour aucune Maison de Santé Pluri professionnelle (MSP), Pôle de Santé ou autre structure de ce type en Guadeloupe.

Certains médecins exercent en association (données CDOM) :

- En médecine générale : Cabinet de groupe en association : 13 / Collaborateurs libéraux : 9
- En spécialités : Cabinets d'association: 10 / Collaborateurs libéraux : 3

B. Les enjeux

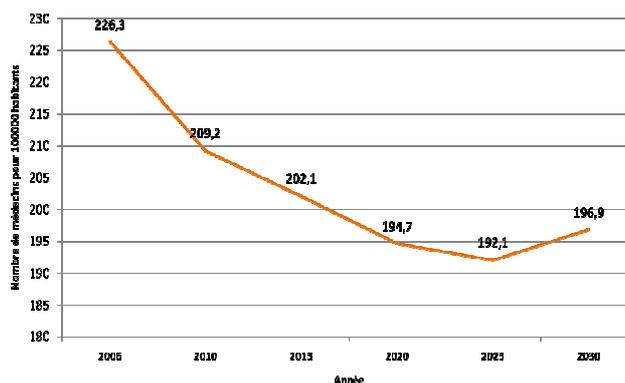
1. Projections démographiques à horizon 2030

La médecine de premier recours s'appuie sur les médecins généralistes libéraux. Cette offre déjà faible en 2008 se verrait encore plus dégradée d'ici à 2030 selon le scénario tendanciel. Cette observation serait valable pour toutes les Antilles-Guyane.

Les projections de médecins à l'horizon 2030 décrites selon le modèle national utilisé par la DREES²⁶ et l'ONDPS²⁷ ont été reprises par le service des statistiques des ARS Antilles Guyane pour apprécier les évolutions de la démographie médicale de la Guadeloupe d'ici 20 ans.

Ce travail réalisé à partir du fichier d'enregistrement régional des professionnels (ADELI) a été présenté au comité régional de la démographie des professionnels de santé du mois d'octobre 2009.

Si on observe le scénario tendanciel²⁸ (rythme de croissance actuel, une soixantaine d'installations par an, pyramide actuelle des âges, proportion de médecins libéraux à l'identique), on devrait observer une baisse progressive de la densité médicale jusqu'à 2025, puis à une reprise à partir de cette date.



Equivalente à 33%, la proportion des plus de 55 ans parmi l'ensemble des médecins devrait rester stable en 2018 par rapport à son niveau actuel. Elle devrait par contre diminuer en 2030 (23,6%).

L'âge moyen du corps des médecins généralistes devrait s'abaisser. Agé de 48 ans en 2018, l'omnipraticien de la Guadeloupe aurait en moyenne 46,3 ans en 2030. La pyramide des âges montre que la proportion de jeunes (27 à 43 ans) et des médecins de plus de 64 ans augmenterait là où celle des 50-60 ans baisserait.

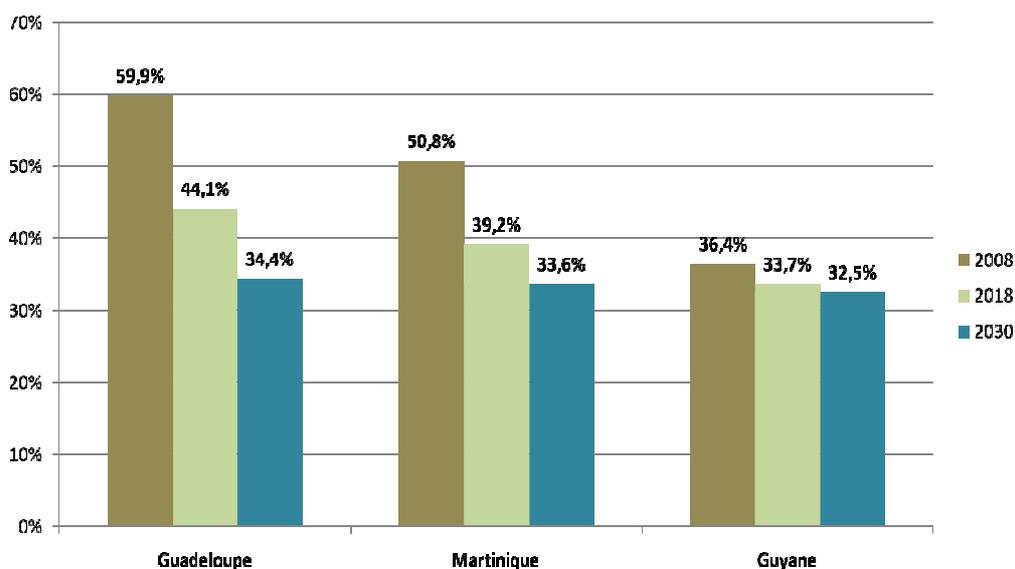
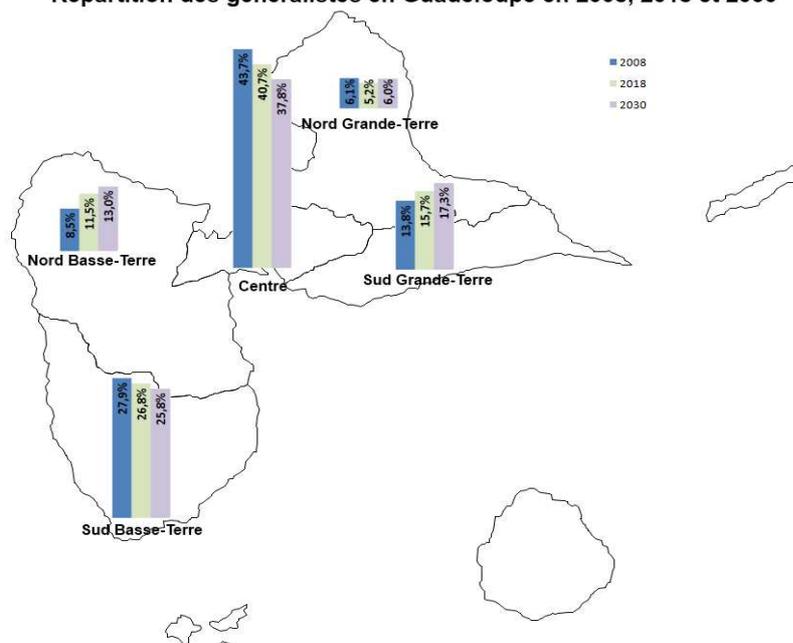
Les comportements des généralistes ne devraient pas être sensiblement modifiés. Ils seraient répartis dans les mêmes proportions dans le Nord Grande-Terre ; les arrondissements de Basse-Terre et de Pointe-à-Pitre enregistreraient une diminution, moins marquée dans le Sud B/T que dans le Centre ; alors que le Sud et le Nord Basse-Terre verraient leurs effectifs croître.

²⁶ DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

²⁷ ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

²⁸ ARS-SESAG 27 10 2009

Répartition des généralistes en Guadeloupe en 2008, 2018 et 2030



Leviers nés de l'action de l'ARS pour renverser la tendance / voir outils offerts par la loi HPST :

- plaider pour une augmentation du numerus clausus
- mise en place de mesures d'attractivité pour susciter de nouvelles installations
- négociation pour une plus grande productivité ? (plus de 700 actes par médecin par an)
- contrat santé – solidarité
- contrat d'engagement de service public
- jouer sur l'équilibre médecine salariée et médecins libérale.

2. Mise en évidence des dysfonctionnements, points de rupture, faiblesses

a) Prise en charge médicale

La plus value potentielle des réseaux de santé est d'en faire un véritable outil de gestion du risque c'est-à-dire un meilleur levier de planification qu'il n'est actuellement, pour une meilleure adéquation entre offres et besoins de soins.

Dans un contexte de pénurie médicale, les réseaux devraient évoluer vers une offre plus efficiente et répondre aux besoins ; apporter une meilleure connaissance des pathologies. La mise en réseaux pourrait être source de facilitation de l'offre de premier recours autour du médecin traitant.

L'évaluation des réseaux réalisée en 2011 a conclu nécessairement à une adaptation de ceux-ci.

Ecueil constaté : la désinformation des patients, du grand public.

b) Prise en charge organisationnelle

Plate-forme de services : plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS)

c) Coûts : données de dépenses 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. Le montant des honoraires des médecins libéraux a augmenté de 12,1%²⁹.

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%.³⁰

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.³¹

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 2009.³²

Les dépenses de santé remboursées de prestations d'infirmiers libéraux au 30 septembre 2010 sont de 50 277 084 euros. Elles ont diminué de 13,3% par rapport à la même période

²⁹ Cf. Annexe II : Dépenses de santé/Données CGSS issues de la commission paritaire départementale des médecins de février 2011

³⁰ Cf. Annexe II : Dépenses de santé/Données CGSS issues de la commission paritaire départementale des sages-femmes de mars 2011

³¹ Cf. Annexe II : Dépenses de santé/Données CGSS issues de la commission paritaire départementale des pharmaciens d'officine de mai 2010

³² Cf. Annexe II : Dépenses de santé/Données CGSS issue de la commission paritaire départementale des laboratoires d'avril 2010

2009. Les actes AIS (actes infirmiers de soins) ont augmenté de 21,1% (13 085 763 euros).

Le montant des prestations des infirmiers libéraux en Guadeloupe (50 277 084 euros) a augmenté de 13,3% durant cette période. Les démarches de soins infirmiers ont augmenté de 87,3% en Martinique contre 2,8 % en Guadeloupe. Cependant elles s'élèvent à 30 728 euros en Guadeloupe au 30 septembre 2010 contre 4 804 euros en Martinique.³³

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. Elles 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 aurait été de 2 578 801 euros (contre 2 533 322 euros) sans la crise économique. Soit une économie réalisée, estimée à 45 479 euros. Les dépenses remboursées devraient atteindre 3 174 836 euros en 2011³⁴. En 2010, les frais de déplacement sont plus élevés en Guadeloupe qu'en Martinique et en Guyane.

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).

L'évolution de telles dépenses justifierait une analyse conjointe des services de la CGSS, de la DRSM³⁵ et de l'ARS, analyse plus approfondie en termes d'impact global. Par exemple, quel est l'impact de l'augmentation des examens de suivi de grossesse et des examens de suivi de post natal sur la qualité du suivi de grossesse ?

C. Les orientations

1. L'organisation de l'offre

- l'accompagnement de projets d'exercice regroupé soit sous forme de maison de santé pluri professionnelles (MSP) ou de pôles de santé
- la réorganisation de la Permanence des soins ambulatoire (PDSA) selon le cahier des charges régional arrêté par le directeur de l'ARS
- le développement de projets de centres de santé dans lesquels exercent des professionnels salariés
- le développement de la démarche de coopération entre professionnels de santé (délégation de tâches, transfert d'actes ...) Art.51 de la loi HPST ; L4011-1CSP avec l'appui des URPS.
- les expérimentations « nouveaux modes de rémunération » (ENMR)
- le développement de la télémédecine

³³ Cf. Annexe II : Dépenses de santé/Données CGSS issue de la commission paritaire départementale des infirmiers de février 2011

³⁴ Cf. Annexe II : Dépenses de santé/Données CGSS issue de la commission paritaire départementale des orthophonistes d'avril 2011

³⁵ DRSM : Direction régionale du service médical

- l'allègement des tâches administratives
- la mise en œuvre de consultations dans des zones fragiles assurées par des professionnels installés dans les zones bien dotées
- plans d'actions conduits pour pallier le déficit démographique chez les professionnels de santé identifiés comme sinistrés
- coordination établissements de santé/ville.

2. L'information des étudiants et des professionnels

- la mise en œuvre de la Plate forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS)
- la promotion du contrat de collaborateur libéral
- le développement de stages chez les médecins libéraux (information, aide à l'hébergement)
- les terrains de stage pour tous les autres professionnels en formation et maîtres de stage (campagne de communication à la maîtrise de stage ayant pour but de développer l'attractivité de la médecine libérale)
- la création de l'institut interrégional de formation aux métiers de la santé
- la diffusion de l'information auprès des étudiants en médecine, soins infirmiers, soins de masseurs-kinésithérapie, ...
- la mise en œuvre de la plateforme COOP-PS, soutien au dispositif de coopération entre les professionnels de santé

3. Les incitations financières

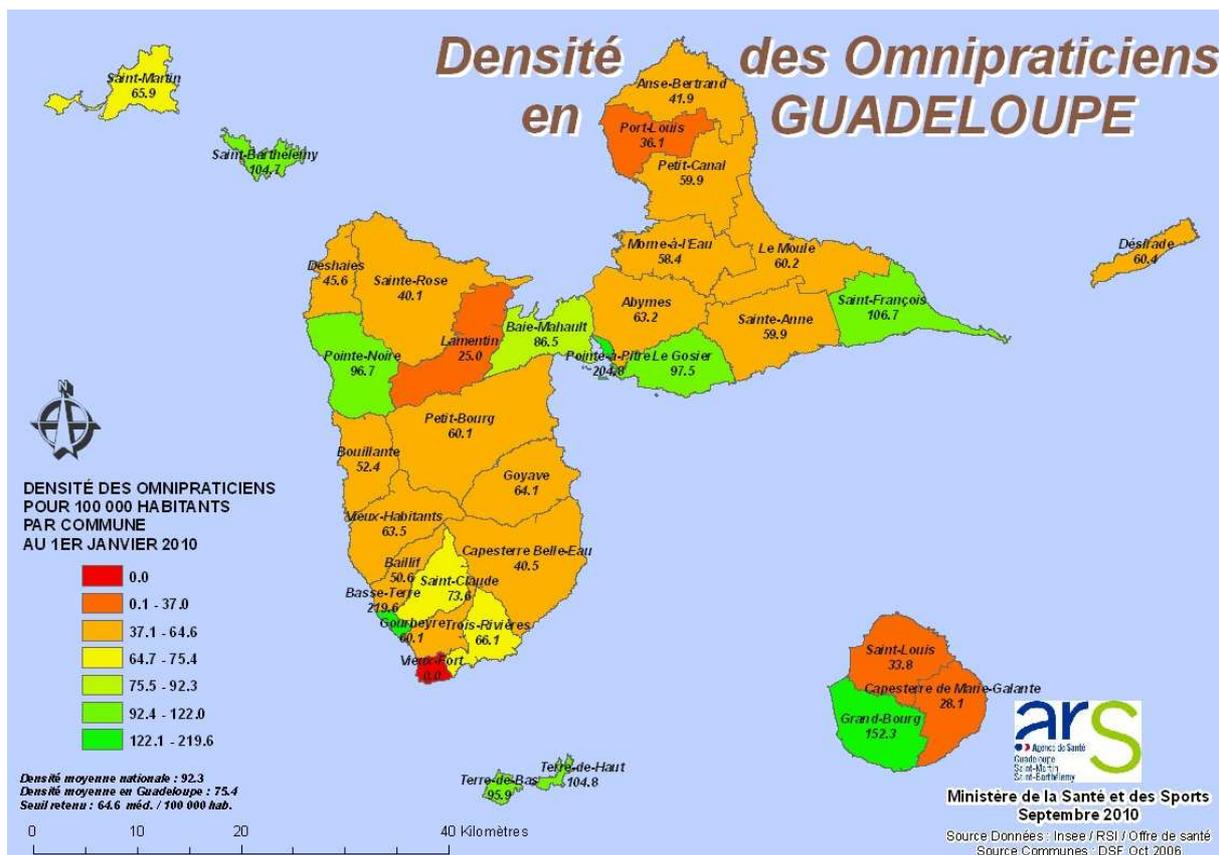
- Le zonage retenu par arrêté pris par le DGARS.
- les contrats d'engagement de service public (CESP : pour chaque année universitaire, nombre d'étudiants et nombre d'internes fixé par arrêté)
- l'allocation «santé solidarité» (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes)
- Cf. annexe X : ensemble des mesures pour la répartition des professionnels de santé

4. La définition des zones fragiles

a) Les « zones médicalement sous dotées » de 2007

Elles ont été arrêtées par le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), président de la mission régionale de santé (MRS) le 8 janvier 2007.

Les densités médicales par commune telles qu'elles résultent des données au 1er janvier 2010 du RSI de la CGSS sont visualisées dans le document cartographique ci après. Même si les faibles effectifs par commune brouillent l'analyse, la densité médicale est globalement faible partout.



b) La méthodologie retenue pour une actualisation des zones fragiles

La réactualisation des zones fragiles a été réalisée dans le souci de mettre en œuvre des mesures de régulation de l'offre médicale de premier recours dans l'archipel.

Le présent schéma détermine les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé et des éventuelles mesures incitatives telles que des maisons de santé, des pôles de santé ou des centres de santé. Ce zonage a fait l'objet de dispositions prévues par arrêté pris par le DGARS. Ces travaux de calcul du zonage ont été conduits par l'ORSAG³⁶.

Les critères retenus pour la Guadeloupe ont été les suivants :

Critères relatifs aux besoins de soins :

- Proportion des plus de 65 ans
- Taux de natalité
- Taux de mortalité
- Part des personnes en affection de longue durée (ALD)
- Part des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU)

Critères relatifs à l'offre de soins :

- Densité par profession de santé (médecins généralistes, infirmières libérales et masseurs-kinésithérapeutes)

³⁶ ORSAG : Observatoire régional de santé de Guadeloupe

Unités géographiques retenues :

- Communes et collectivités d'outre-mer (Com)

Méthode :

- Méthode utilisée par le statisticien interrégional
- Création d'un score prenant les valeurs 0, 1, 2 ou 3
- Un score élevé correspondant à une fragilité maximale
- Pour chaque critère et à chaque commune ou Com est attribué un score en fonction de l'appartenance à un des quatre intervalles dont les bornes correspondent au 1er quartile, à la médiane et au 3ème quartile du critère pour l'ensemble du territoire concerné.

c) Les zones retenues comme fragiles

Le zonage du SROS ambulatoire identifie 5 zones considérées comme fragiles au regard de la démographie médicale.

Le critère de fragilité retenu est de 30 % de moins de densité médicale nationale. L'intérêt bien compris est de garder la main sur la possibilité d'inciter à l'installation dans des endroits spécifiques de la Guadeloupe afin d'éviter la désertification médicale.

Rapportées à la population 2010 (*source INSEE*), ces zones totalisent 112 357 habitants soit 27,5% de la population totale de la Guadeloupe (hors îles du Nord).

Ces zones, qui ont été arrêtées par la Directrice Générale de l'Agence de Santé le 5 décembre 2011, sont les suivantes :

- 1ère zone : Port-Louis, Petit Canal, Anse Bertrand
- 2ème zone : Lamentin, Sainte-Rose
- 3ème zone : Vieux-Habitants, Bouillante, Pointe Noire
- 4ème zone : Trois Rivières et Capesterre Belle-Eau
- 5ème zone : Saint-Louis et Capesterre de Marie-Galante

Ces communes sont ainsi éligibles à l'application des aides conventionnelles à l'installation pour les médecins, du contrat d'engagement de service public, d'exonérations fiscales pour certains revenus issus de la permanence des soins, de différentes aides des collectivités territoriales.

Ce zonage conditionne par ailleurs le niveau des aides susceptibles d'être attribuées aux projets de maisons de santé pluri professionnelles.

d) Le zonage des professions de santé

Le contexte réglementaire

Le code de la santé publique stipule en son article L. 1434-7 que le SROS détermine, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé prévues notamment par les conventions nationales.

La répartition des professionnels de santé (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sage femmes, orthophonistes) est en effet très inégale, avec des disparités parfois importantes selon les professions concernées et, dans ce contexte, l'Assurance Maladie et les

représentants de professions de santé libérales ont engagé des actions visant à rééquilibrer l'offre de soins sur le territoire. Les discussions ont lieu dans le cadre conventionnel afin de privilégier la concertation et de prendre en compte les spécificités de chaque profession.

Les mesures proposées par les partenaires conventionnels ont été validées par l'Etat et définissent une méthodologie homogène de zonage sur l'ensemble du territoire. Elles ont fait l'objet de deux arrêtés en date des 21 décembre 2011, relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7, et 12 juin 2012, portant modification de l'arrêté du 21 décembre 2011.

L'adaptation régionale

Le code de la santé publique stipule en son article L. 1434-7 que le SROS détermine, selon

Les textes laissent aux DGARS une marge d'appréciation leur permettant, si les caractéristiques d'une zone tenant à sa géographie ou à ses infrastructures de transports le justifient et par décision dûment motivée, de classer une zone dans une catégorie dont le niveau de dotation est immédiatement inférieur ou supérieur.

L'arrêté du 21 décembre 2011 avait initialement prévu que cette marge d'appréciation ne pouvait conduire à augmenter ou diminuer de plus de 5 % le nombre de zones de l'une des catégories résultant de l'application de la méthodologie.

L'arrêté du 12 juin 2012 prévoit que, pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes, la marge d'appréciation peut, de manière exceptionnelle et après avis de la Commission Paritaire Régionale de la profession concernée, être portée jusqu'à 10%.

Pour les sage femmes, la DGARS peut classer une zone dans une catégorie dont le niveau de dotation est immédiatement inférieur ou supérieur dans la limite de 20% de la totalité des zones par région, Les zones sans sages-femmes et de moins de 350 naissances domiciliées ne sont pas concernées par ces modifications.

Les tableaux d'adaptation régionale de la Guadeloupe

En l'état actuel de la réglementation et au regard des tableaux d'adaptation régionale déterminés par les deux arrêtés, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition des professionnels de santé en Guadeloupe se répartissent comme suit.

- Sage femmes

Professionnels de santé	Zone comptant moins de 350 naissances domiciliées par zone d'emploi	Zones Intermédiaires	Zones sur dotées
Sage femmes	1	1	1
Zone concernée	Marie-Galante	Pointe-à-Pitre	Basse-Terre

- Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes

Professionnels de santé	Zones très sous dotées	Zones sous dotées	Zones intermédiaires	Zones très dotées	Zones sur dotées
Infirmiers	5	1	25	0	1
Masseurs Kinés	8	0	22	1	1
Orthophonistes	4	2	22	1	3

Sur cette base, le classement des communes de Guadeloupe en zones est le suivant :

Communes	Infirmiers	Masseurs-kinés	Orthophonistes
Anse-Bertrand	3.Intermédiaire	1.Très sous doté	3.Intermédiaire
Baie-Mahault	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire
Baillif	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire
Basse-Terre	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire	5.Sur dotée
Bouillante	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire
Capesterre-Belle-Eau	3.Intermédiaire	1.Très sous doté	1.Très sous dotée
Capesterre-de-Marie-Galante	1.Très sous doté	1.Très sous doté	3.Intermédiaire
Deshaies	2.Sous doté	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire
Gourbeyre	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire
Goyave	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire	4.Très dotée
Grand-Bourg	1.Très sous doté	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire
La Désirade	1.Très sous doté	3.Intermédiaire	5.Sur dotée
Lamentin	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire	1.Très sous dotée
Le Gosier	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire
Le Moule	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire
Les Abymes	3.Intermédiaire	1.Très sous doté	1.Très sous dotée
Morne-à-l'Eau	3.Intermédiaire	1.Très sous doté	3.Intermédiaire
Petit-Bourg	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire
Petit-Canal	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire
Pointe-à-Pitre	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire	5.Sur dotée
Pointe-Noire	1.Très sous doté	3.Intermédiaire	2.Sous dotée
Port-Louis	3.Intermédiaire	1.Très sous doté	3.Intermédiaire
Saint-Claude	3.Intermédiaire	1.Très sous doté	3.Intermédiaire
Sainte-Anne	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire
Sainte-Rose	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire	2.Sous dotée
Saint-François	3.Intermédiaire	4.Très doté	3.Intermédiaire
Saint-Louis	1.Très sous doté	1.Très sous doté	3.Intermédiaire
Terre-de-Bas	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire
Terre-de-Haut	5.Sur doté	5.Sur doté	3.Intermédiaire
Trois-Rivières	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire	1.Très sous dotée
Vieux-Fort	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire
Vieux-Habitants	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire	3.Intermédiaire

Les arrêtés de zonage

Les arrêtés de zonage doivent avoir été pris par la DGARS avant les dates suivantes :

Infirmiers	Masseurs-kinés	Sage femmes	Orthophonistes
25 mai 2012	15 juillet 2012	15 septembre 2012	

II. SROS Ambulatoire : la réorganisation du dispositif de la permanence des soins ambulatoires (PDSA)

A. Etat des lieux : diagnostic

Mission de service public qui a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets libéraux et des centres de santé, la Permanence Départementale des Soins Ambulatoire (PDSA) est organisée et fonctionne en Guadeloupe sur la base d'un cahier des charges régional, fixé par l'arrêté préfectoral n°2004-291/PREF/DSDS du 12 mars 2004 et révisé par deux avenants (en 2006 et 2009) et autour d'une instance, le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS – composition fixée par arrêté conjoint de la DGARS et du Préfet, arrêté ARS/POS n°2011-24 du 14 février 2011). Cet arrêté a été révisé suite aux désignations des membres élus des unions régionales des professionnels de santé (URPS).

L'arrêté préfectoral n°2006-285 PREF/DSDS du 06/03/2006 portant, par avenant en date du 06/03/2006, sur la réorganisation du dispositif de la permanence des soins, notamment sur la réduction du nombre de secteurs de garde détermine la sectorisation du territoire en 11 secteurs de permanence des soins (6 secteurs sur l'île principale et 5 secteurs dans les îles de Marie-Galante, de La Désirade, des Saintes³⁷ et des COM des Iles du Nord).

Le cahier des charges régional organise la régulation médicale (régulation médicale des appels en médecine ambulatoire et régulation des appels dans le cadre du SAMU Centre 15. Il prévoit également la tenue de tableaux de permanence des soins en médecine ambulatoire, établis par l'Association Départementale des Gardes, Urgences et Permanence des Soins (ADGUPS), en charge par arrêté préfectoral de la gestion du dispositif. Ces tableaux de gardes et astreintes mentionnent les noms des médecins de gardes et en astreintes.

La répartition géographique de ces secteurs par rapport aux 34 communes de la région Guadeloupe répond à une triple logique liée :

- au caractère archipélagique de la région ;
- à la densité de la population ;
- aux habitudes d'exercice des médecins effecteurs.

La Guadeloupe est divisée en secteurs de gardes et astreintes dont les limites seront arrêtées par le DGARS, selon les principes d'organisation définis dans le Cahier des Charges Régional (CCR).

A ce jour, l'avenant n°2 au cahier des charges régional n°2009-476 du 26 mars 2009 organise et assure le fonctionnement à ce jour de la PDSA de Guadeloupe.

³⁷ A noter que les Saintes sont constituées de deux îles : Terre de Haut et Terre de Bas. Chacune constitue un secteur distinct où un médecin par île assure les gardes.

1. Les dispositions de l'arrêté préfectoral n°2009- 476 du 26 mars 2009 organisant la PDS

Dans l'attente de la promulgation de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » et de ses décrets d'application, par décision du Préfet de Région, après avis du CODAMUP-TS, et afin de répondre aux dispositions réglementaires de réorganisation de la permanence des soins non programmés, il est convenu de modifier le cahier des charges de la région GUADELOUPE, approuvé par arrêté préfectoral n°2004- 291/PREF/DSDS du 12 mars 2004, par les articles suivants :

I - Concernant la permanence des soins non programmés :

1^{ier} Article : La régulation

(Cf. chapitre III du cahier des charges)

A compter du 01/07/2009, la régulation médicale est située sur le site unique du SAMU/SMUR/Centre 15 au Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-à-Pitre/Abymes.

Toutefois, les deux numéros d'appel existants, à savoir le 15 et le 05 90 90 13 13, sont maintenus, jusqu'à nouvelle disposition réglementaire.

Pour les médecins régulateurs résidant à distance du site de régulation, la connexion avec le centre 15 est organisée par télédéportage, dont l'acquisition devra s'effectuer après appel d'offres.

Enfin, conformément à l'article R.6315-3 du code de la santé publique, la régulation médicale reste obligatoire avant l'accès au médecin de permanence.

2^{ième} Article : La suppression des gardes et astreintes en période de nuit profonde remplacée par la prolongation de la régulation libérale

(Cf. chapitre IV du cahier des charges)

Compte tenu, d'une part, de la diminution régulière du nombre de médecins effectuant les gardes et astreintes, et d'autre part, des difficultés croissantes rencontrées par les médecins régulateurs pour obtenir le concours de leurs confrères d'astreinte, il est décidé, **à compter du 01/07/2009**, la suppression des gardes et astreintes en période de nuit profonde, c à d de minuit à 06 heure le lendemain, avec, en corollaire, la suppression du forfait financier journalier d'un montant de 900 € pour les 6 secteurs de la Guadeloupe dite continentale, à raison de 150 € par secteur.

En contrepartie, la régulation libérale sera prolongée afin de couvrir la plage horaire de même durée, en semaine et jours fériés et chômés, à raison du montant forfaitaire correspondant à l'avenant tarifaire en vigueur de 3C par heure.

Pour les autres professionnels de santé, soumis aux gardes, leurs contraintes respectives demeurent inchangées.

3^{ième} Article : La réorganisation de certaines maisons médicales de garde

(Cf. chapitre VI du cahier des charges)

Afin de compléter le maillage du territoire, il avait été acté, par arrêté préfectoral du 06/03/2006, la mise en place de six maisons médicales de garde. Elles sont toutes installées.

Cependant deux d'entre elles, à savoir celles des secteurs 2 et 5, pourtant anciennes, connaissent des difficultés de fonctionnement dont pour l'une la fermeture.

L'amélioration de leur rendement nécessite pour l'une, du secteur 5, une diversification de son activité et pour l'autre, du secteur 2, en sus de la diversification de son activité, une renégociation de son lieu d'implantation.

Avant le 01/07/2009, des dispositions effectives devront avoir été prises dans ce sens, avec retour d'informations de la part de l'association gestionnaire – ADGUPS- au Préfet de région et au Président de la MRS avant la fin du troisième trimestre 2009.

4ième Article : La possibilité d'assurer la garde médicale au cabinet médical de l'effecteur

En application de l'article R.6315-1 du code de la santé publique, tout médecin généraliste libéral, reconnu apte à assurer les gardes médicales par son instance ordinale et qui accepte de se soumettre aux règles de fonctionnement du cahier des charges régional relatif à l'organisation de la permanence des soins non programmés, peut effectuer sa garde dans son cabinet privé ou dans un centre de santé ou encore dans une maison médicale de garde.

A compter du 01/07/2009, cette disposition concernera pour l'instant et par dérogation, c'est-à-dire jusqu'à nouvelle disposition réglementaire, les secteurs 1 et 5 de gardes médicales au vu de la densité des populations et de l'étendue géographique à desservir. En conséquence, les dispositions du présent article s'appliquent aux médecins qui en feront la demande auprès de l'association gestionnaire des tableaux prévisionnels de garde et auprès du conseil départemental de l'ordre des médecins, pour procéder à leur inscription. Sur chacun des secteurs mentionnés, il ne pourra fonctionner simultanément dans les plages horaires prévues que deux sites de garde au maximum.

5ième Article : La prise en compte financière des jours fériés et chômés locaux

Au regard de la réponse positive faite par le Directeur Général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie à la demande de prise en compte financière des jours fériés et chômés par les effecteurs libéraux locaux, il est expressément demandé à la CGSS d'y apporter solution dans les plus brefs délais avec retour d'informations au Préfet de Région et au Président de la MRS avant la fin de l'année en cours.

6ième Article : L'homogénéité des secteurs de gardes des professions concernées

Dans un souci de lisibilité, face aux diverses menaces de crises sanitaires, cet article s'adresse aux pharmaciens d'officine et aux ambulanciers, astreints au système de gardes, pour lesquelles ils avaient défini des secteurs géographiques propres à chacune de leurs professions.

Il leur est réitéré la demande de rapprocher leur sectorisation de celle retenue pour les gardes médicales dans un délai d'une année à compter de la date de publication du présent avenant sous timbre préfectoral.

II – Concernant les transports sanitaires :

7ième Article : Le maintien des contrôles des véhicules de transports sanitaires catégorie C

Nonobstant la demande du principal syndicat – SIAGETS - de suspendre les contrôles des ambulances, ceux-ci seront maintenus dans le double but de lutter contre les infections nosocomiales et d'apprécier la qualité du parc disponible en cas de catastrophe naturelle ou technologique.

8ième Article : La mise en place d'un observatoire des transports sanitaires et non sanitaires

Sous l'égide de la Caisse Générale de Sécurité Sociale et en concertation avec la Mission

Régionale de Santé, cette structure devra être opérationnelle avant la fin de l'année 2009, avec retour d'informations au Préfet de Région et au Président de la MRS.

III - Concernant le bon usage des soins de secours :

9^{ème} Article : La réalisation d'une campagne de communication

Afin de rationaliser et d'optimiser les dispositifs d'aide et de secours mis en place, une campagne d'information auprès des professionnels de santé et de sensibilisation auprès du public devra être réalisée avant le dernier trimestre de l'année 2009, avec retour d'informations au Préfet de Région et au Président de la MRS.

2. Les médecins participant à la PDS et secteurs de garde

Sur les 330 médecins déclarés au CDOM³⁸, 121 participent à la permanence des soins. 111 sont non volontaires. 58 médecins sont répertoriés comme étant « sans étiquette ». Les autres sont exemptés ou en cessation d'activité (42).

Nbre de médecins	Secteur 1	Secteur 2	Secteur 3	Secteur 4	Secteur 5	Secteur 6	Les Saintes	M-Galante	St-Martin	St-Barth	Désirade	TOTAL
Déclarés au CDOM	118	20	38	33	47	23	4	12	26	8	1	330
Médecins participants à la PDS	33	7	9	22	11	12	3	6	13	4	1	121
Non Volontaires	39	8	23	6	19	6	1	3	4	2		111

Secteur 3 : 7 médecins participants du secteur + 2 (non volontaires sur leur secteur et renfort secteur 3)

Le centre Médical de l'Aéroport (CMA) situé dans l'enceinte de l'Aéroport International Pôle Caraïbes (Les Abymes) assure une prise en charge médicale et infirmière 7 jours sur 7 selon un horaire d'accueil de soins non programmé de 9H00 à 23H00 en service continu sans rendez-vous. Certains médecins participent à titre individuel à la PDS conformément à l'article 4 des dispositions de l'arrêté préfectoral n°2009-476 du 26 mars 2009 autorisant deux réponses sur deux secteurs de garde de la Guadeloupe.

Sont assurés quatre principaux types de soins :

- *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).*

Comprenant une salle d'attente, 4 salles d'accueil (1 salle de soins d'urgence, 1 salle de soins infirmiers et 2 salles de consultation), le CMA dispose d'une équipe de 3 médecins

³⁸ ADGUPS/CDOM données mises à jour au 16 mai 2011

généralistes urgentistes ainsi qu'un pool de 4 à 7 médecins généralistes collaborateurs (2 médecins/jour assurent les consultations 7 jours/7) ainsi que du personnel infirmier les jours ouvrés.

Le CMA dispose également d'un certain niveau de matériels à visée diagnostique (électrocardiogramme, oxymètre de pouls, troponitest, centrifugeuse pour tubes de prélèvements) et à visée thérapeutique (défibrillateur semi automatique, oxygène, matériel pour petites sutures et de pose de perfusion + injectable).

Autre initiative : Allo docteur

Situé à Baie-Mahault avec un large rayonnement sur le sud Grande-Terre et sur le nord Basse-Terre pour les visites à domicile.

Les secteurs de garde médecins

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.

3. Les secteurs de garde de pharmacie

Les secteurs de garde de pharmacie sont au nombre de quatre pour la Guadeloupe continentale:

Secteur 1 : Gosier/Les Abymes/Pointe-à-Pitre (49 pharmacies)

Secteur 2: Anse Bertrand/Le Moule/Morne-À-L'eau/Petit Canal/Port-Louis/Sainte-Anne/Saint-François (36 pharmacies)

Secteur 3 : Baie-Mahault/Deshaies/Goyave/Lamentin/Petit-Bourg/Pointe-Noire/Sainte-Rose (37 pharmacies).

Secteur 4 : Baillif/Basse-Terre/Bouillante/Capesterre/Gourbeyre/Saint-Claude/Trois-Rivières/Vieux-Habitants/Vieux-Fort (31 pharmacies).

Pour les îles, le nombre total de pharmacies est de 21 réparti comme suit :

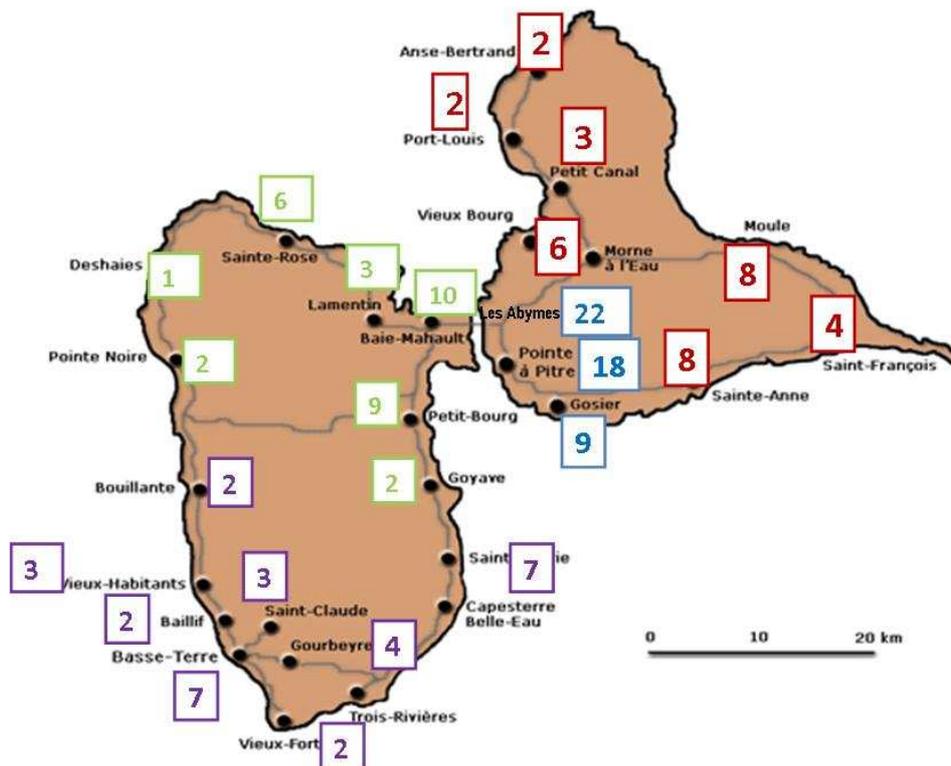
Les Saintes : 1 ; La Désirade : 1 ; Marie-Galante : 5 ;

Saint-Barthélemy : 3 ; Saint-Martin : 11.

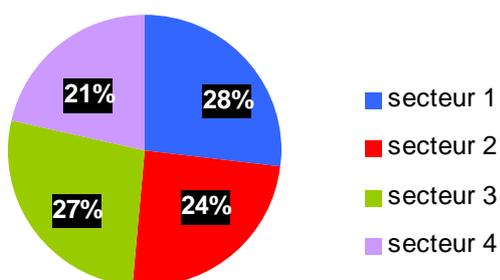
En 2010, pour la rémunération des astreintes des pharmacies [indemnité forfaitaire de 75 euros par période de garde (nuit/dimanche/férié) + indemnité de 2, 4 ou 6 € par ordonnance exécutée], la CGSS a contribué pour un montant de 474 450 €. *Données CGSS 2010 (Info PS spécial, avril 2011).*

Le numéro unique d'appel audiotel pour connaître les pharmacies de garde est le 3237.

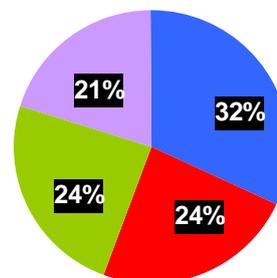
Cartographie de la répartition des pharmacies par communes (source URPS Pharmaciens, juin 2011) :



Répartition de la population 2010 entre secteur de garde de pharmacie



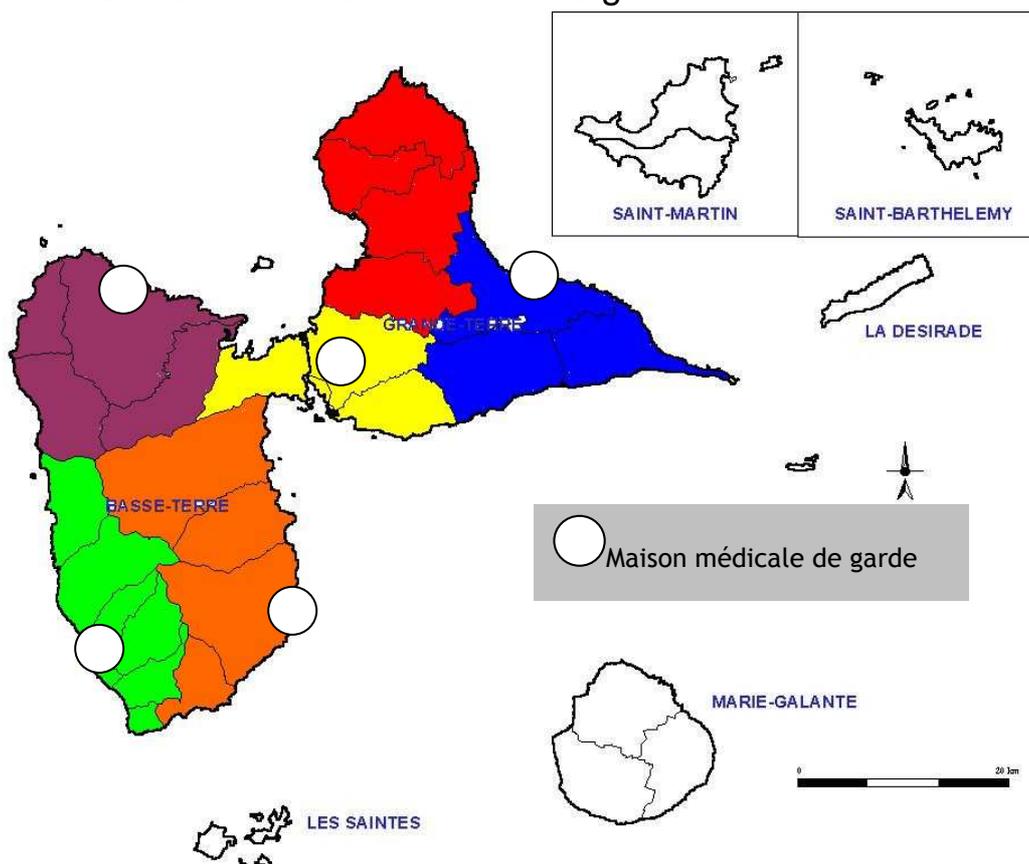
Répartition du nombre de pharmacies par secteur



4. Les gardes de chirurgiens-dentistes

Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 12 heures, les chirurgiens assurent des gardes et des astreintes à compter de 12 heures. Deux secteurs de garde ont été définis : la Grande-terre et la Basse-Terre. Les tableaux des garde et astreinte sont établis annuellement et déposés en Préfecture.

5. Les maisons médicales de garde



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.

Actuellement, seuls 5 secteurs sur les 6 secteurs de garde de l'île de la Guadeloupe disposent d'une MMG ; le secteur 2 a vu en effet sa MMG fermer pour cause d'absence de temps médical.

Les amplitudes horaires des gardes et astreintes en ambulatoires assurées par un total de 11 à 15 médecins de ville supervisées par l'ADGUPS sont les suivantes :

- du lundi au vendredi : de 20H00 à 00H00 ;
- le samedi : de 12H00 à 00H00 ;
- le dimanche : de 08H00 à 00H00.

Conformément à l'avenant au cahier des charges régional du 26 mars 2009, est intervenu le principe de la suppression des gardes et astreintes en période de nuit profonde remplacée par la prolongation de la régulation libérale à compter du 1^{er} juillet 2009.

Le même avenant fait intervenir également le principe que tout médecin effecteur de garde peut effectuer sa garde dans son cabinet privé ou dans un centre de santé et non pas seulement au sein de la MMG.

Le financement de l'ADGUPS, autrefois assuré sur le FICQS, pour un montant de 393 592 € en 2011, l'est désormais sur le Fonds d'Intervention Régional (FIR). Ce financement

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 en 2011) ainsi que la régulation médicale libérale (logiciel, frais généraux, services extérieurs, charges de personnel pour un montant de 181 363 € en 2011).

Le financement des gardes et astreintes et de la régulation médicale est assuré en Guadeloupe sous la forme d'un versement direct réalisé par l'Assurance Maladie (Caisse Générale de Sécurité Sociale – CGSS) aux médecins. Ce financement 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 € (forfait « gardes et astreintes ») et de 333 960,00 € (forfait « régulation médicale »), ce qui indique une enveloppe régionale totale de 1 006 810 € versée par l'Assurance Maladie au titre de la PDSA.

La régulation médicale

Les modalités d'organisation de réception et de régulation des appels reposent sur deux sites distincts, le SAMU Centre 15 basé au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et le Centre d'appel et de régulation libérale de l'ADGUPS (n° d'appel au 05.90.90.13.13). Une traçabilité des appels de même qu'une coordination est assurée entre les deux centres de réception et de régulation des appels.

Le Centre 15 et le centre de régulation libérale ont l'obligation de se coordonner 24H/24 pour apporter une réponse à tout appel sollicité en urgence relevant de la permanence des soins, de l'interconnexion avec le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) de Guadeloupe (n° d'appel 18) ou des demandes d'assistance émanant de médecins ou/et des établissements de santé.

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.

Les amplitudes horaires 24H/24 de la régulation hospitalière du SAMU Centre 15, composée de 13 médecins (3 titulaires, 3 contractuels et 7 attachés) et de 9 Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM) sont les suivantes :

- activités de jour : de 08H00 à 18H00 ;
- activités de nuit : de 18H00 à 08H00.

Relèvent du centre de régulation libérale de l'ADGUPS les appels concernant les affections autres que celles qui ne nécessitent pas à priori une évacuation immédiate vers un service d'urgence.

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.

L'avenant du 26 mars 2009 au cahier des charges régional prévoit le développement du télédéportage au bénéfice des médecins régulateurs résidant à distance du site de régulation pour la connexion avec le Centre 15. Cette régulation est assurée via le logiciel SYPPS dont le coût annuel est de 32 723 € (auquel on peut rajouter le coût de démarrage de 7000 € en 2008).

L'association ADGUPS est l'organisme unique en charge de l'organisation de la prise en charge libérale de la permanence des soins, en complémentarité avec l'action des établissements de santé en charge de l'aide médicale urgente. L'association s'engage à mettre en place, pendant les périodes de garde, les week-ends et jours fériés, une régulation médicale libérale comprenant des moyens téléphoniques et informatiques compatibles avec ceux existant au SAMU Centre 15 du CHU ainsi qu'un médecin régulateur et des permanenciers.

L'ADGUPS organise la régulation libérale avec une équipe de 4 permanenciers salariés formés à la réception et à la régulation des appels.

L'ADGUPS a un n° d'appel (05.90.90.13.13). Le permanencier prend l'appel (identification de la personne, motifs de l'appel...).

Le médecin régulateur du SAMU effectue sa régulation en orientant l'appel soit :

- vers le médecin de garde (médecin effecteur) ;
- vers le Centre 15 ;
- vers un renvoi (report) de la demande vers le médecin traitant (aux heures ouvrables)

Les quatre permanenciers, personnels affectés à la régulation libérale, de l'ADGUPS représentent une masse salariale brute mensuelle de 6 495,9 €.

Au titre de la régulation, la contribution de la CGSS s'élève à 498 783,78 € (indemnité de 3C de l'heure au médecin libéral régulateur pour sa participation à la régulation organisée par le SAMU).

Pour la rémunération des astreintes des médecins libéraux (indemnité de 50 à 150 € à laquelle peuvent s'ajouter les majorations N/D/F), la CGSS a décaissé 476 060 € en 2010.
Données CGSS 2010-Info PS spécial, avril 2011.

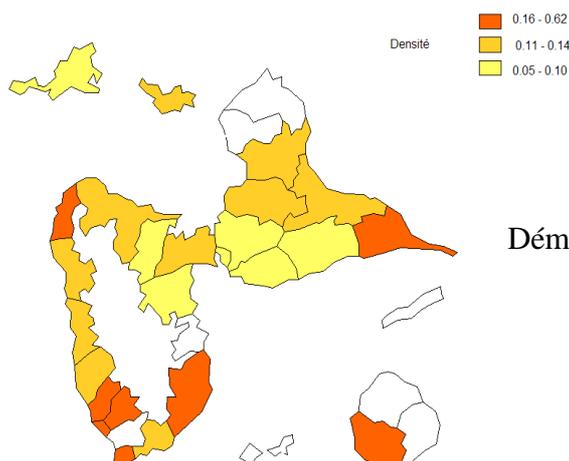
6. Les transports sanitaires

a) Etat du parc

(1) Les ambulanciers

Au 26 mars 2010, 43 entreprises d'ambulance sont installées sur le département (Guadeloupe continentale et dépendances). 9 communes en sont dépourvues.

[Données source CGSS, commission paritaire départementale des ambulanciers de mars 2010]



Démographie des ambulances

En 2009, le montant des dépenses remboursables relatives aux ambulanciers s'est élevé à 13 516 141 euros, 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%). 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.

Le transport en ambulance se détaille comme suit, pour 2008 et 2009 :

	2008	2009	% Evol	2008	2009	% Evol
	En volume			Par patient		
NOMBRE DE TRANSPORTS PAR TYPE DE PRESCRIPTEUR						
Nombre total de transports	1 027	1 063	0,01	3,73	3,61	0.0
NB prescrits par prat. Libéraux	451	554	0,23			
Montants factures	34 328	47 241	0,38	120,18	126,22	0.1
NB prescrits par établissement	576	509	-0,12			
Montants factures	50 763	59 615	0,17	184,45	167,34	-0.1
Total des montants factures	85 091	106 856	0,14	304,63	293,56	0.0

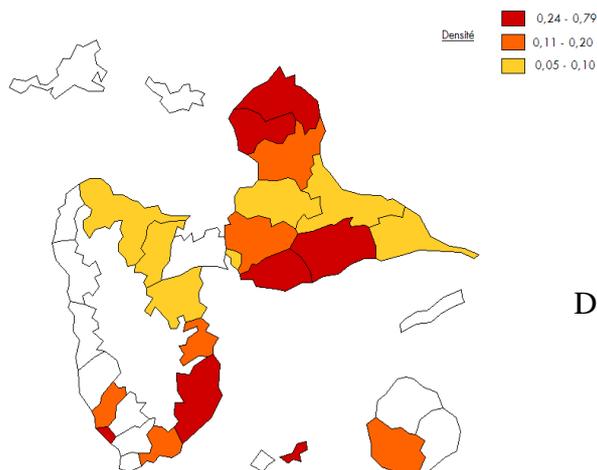
Le transport en VSL se détaille comme suit, pour 2008 et 2009 :

	2008	2009	%	2008	2009	%
	En volume		Evol	Par patient		Evol
NOMBRE DE TRANSPORTS PAR TYPE DE PRESCRIPTEUR						
Nombre total de transports	4 871	5 487	0,15	24,52	26,9	0,1
NB prescrits par prat. Libéraux	2 544	2 941	0,16			
Montants factures	56 762	63 034	0,11	290,9	290,13	0,0
NB prescrits par établissement	2 327	2 546	0,09			
Montants factures	69 930	82 102	0,17	328,33	402,63	0,2
Total des montants factures	126 692	145 136	0,15	619,23	692,76	0,1

(2) Les taxis

Au 30 juin 2011, 51 taxis sont conventionnés sur le département. 14 communes sont dépourvues d'installation de taxis conventionnés.

[Données source CGSS, commission paritaire départementale des taxis de mai 2010 et du 30 juin 2011]



Démographie des taxis

Les dépenses de santé remboursées liées aux transports des taxis ont diminué de 0,8% en 2009 passant de 8 085 536 euros à 7 798 414 euros entre 2008 et 2009. Parallèlement, on observe une augmentation des dépenses dans les autres DOM (+20% en Martinique, +76% en Guyane et +53% à la Réunion).

Le transport en taxis se détaille comme suit, pour 2008 et 2009 :

	En volume			Par patient		
	2008	2009	% EVOL	2008	2009	% EVOL
Nombre de transports par type de prescripteur						
Nombre total de transports	1 786	236	-86,8%	12,26	4,52	-63,1%
Nbre prescrits par praticiens libéraux	918	63	-93,1%			
Montants facturés	64 598	4 161	-93,6%	333,46	145,6	-56,3%
Nbre prescrits par établissement	1 343	89	-93,4%			
Montants facturés	90 726	3 962	-95,6%	448,73	116,71	-74,0%
Total des montants factures	159 144	9 297	-94,2%	793,31	283,86	-64,2%

Plusieurs types de transports peuvent être prescrits par le médecin en fonction de l'état de santé et du degré d'autonomie. L'Assurance Maladie peut prendre en charge les frais de transport sous certaines conditions :

- Le taxi doit être conventionné pour être remboursé ;
- Les déplacements médicaux en taxi doivent être prescrits par un médecin ;
- La prescription doit indiquer un transport assis (qui peut être également réalisé par un VSL : Véhicule Sanitaire Léger) ;
- Un logo bleu « Taxi conventionné – organismes d'assurance Maladie » doit figurer sur la vitre arrière droite du taxi conventionné.

Les frais de transport taxi sont remboursés à hauteur de 65% sur la base de la distance parcourue entre le lieu où se trouve l'assuré et la structure de soin la plus proche.

Le remboursement s'élève à 100% dans certaines conditions (transports liés à une affection de longue durée exonérante (ALD), à une maladie professionnelle ou à un accident du travail).

Pour chaque transport une franchise est déduite du remboursement. Le montant de la franchise est de 2 euros avec un plafond journalier fixé à 4 euros par jour et par transporteur pour un même patient. Toutes les personnes sont concernées par la franchise sauf :

- Les enfants et les jeunes de moins de 16 ans.
- Les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'Aide Médicale de l'Etat ;
- Les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité (examens obligatoires et la période d'exonération du 1er jour du 6e mois de grossesse au 12e jour après l'accouchement).

Le chauffeur de taxi peut être directement payé par l'Assurance Maladie. L'assuré n'a pas à faire l'avance des frais. Dans le cas contraire, pour obtenir le remboursement, l'assuré doit retourner à l'Assurance Maladie la prescription médicale de transport ainsi que la facture établie par le chauffeur de taxi, accompagnés si nécessaire du formulaire de demande d'entente préalable.

(3) Les transports des personnes à mobilité réduite

Le service TPMP est un service de transport spécialisé de personnes à mobilité réduite, de porte à porte, à la demande. Il est destiné aux personnes qui ne peuvent utiliser les transports en commun en raison de leur handicap.

L'utilisation d'un tel type de transport est soumise à prescription médicale.

A noter que les transports des personnes à mobilité réduite (TPMP) ont fait l'objet d'une convention locale CGSS, après agrément obtenu de la DDE³⁹. Ces dispositions ont été stoppées en 2008 et le parc est actuellement figé. Un avenant arrête le quota de véhicules : les entreprises ne peuvent plus procéder à l'extension de leur parc mais seulement au renouvellement.

b) Respect des agréments : quotas

(1) L'agrément est délivré en fonction des besoins sanitaires

L'agrément nécessaire au transport sanitaire est délivré par le DGARS après avis du sous-comité des transports sanitaires (article R 6312-1 du CSP). Seules les entreprises de transports sanitaires ayant fait l'objet d'un agrément ont droit à l'appellation d'entreprises d'ambulances agréées ou de transports sanitaires aériens agréés.

Les personnes titulaires de l'agrément sont tenues de soumettre les véhicules et les aéronefs affectés transports sanitaires au contrôle des services de l'ARS (article R 6312-4 du CSP).

Elles tiennent constamment à jour la liste des membres de leur personnel composant les équipages des véhicules de TS, en précisant leur qualification. Cette liste est adressée annuellement à l'ARS qui est avisée sans délai de toute modification de la liste (article R 6313-17 du CSP). Elles sont également tenues à l'obligation de garde.

En cas de manquement aux obligations relatives à l'agrément, celui-ci peut être retiré temporairement ou sans limitation de durée par décision motivée du DGARS (article R 6312-5 du CSP).

Les personnes nécessaires pour garantir la présence à bord de tout véhicule autorisé d'un équipage conforme :

³⁹ DDE : Direction départementale de l'équipement

- pour les véhicules de catégorie A et C : deux personnes dont une est titulaire du DEA⁴⁰-CCA
- pour les véhicules de catégorie D : une personne titulaire du CCA⁴¹ ou BNS⁴² ou AFPS⁴³

Les intéressés doivent être titulaires depuis plus de 2 ans du permis de conduire catégorie B et posséder une attestation de visite médicale, en cours de validité, délivrée par la préfecture. Une copie de ce document sera fournie à l'ARS lors de chaque renouvellement.

(2) Les quotas

La mise en service de véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres est soumise à l'autorisation du directeur général de l'ARS. Aucune autorisation n'est délivrée si le nombre de véhicules déjà en service égale ou excède un nombre fixé en fonction des besoins sanitaires de la population (article L 6312-4 du CSP).

Le DGARS arrête, après avis du sous-comité des TS le nombre théorique de véhicules affectés aux transports sanitaires, par application à la population d'un indice national de besoins de transports sanitaires (Article R 6312-29 et 30 du CSP).

La révision de l'indice et du nombre théorique de véhicules a lieu au moins tous les cinq ans.

En ce qui concerne la Guadeloupe, y compris Marie-Galante un arrêté d'octobre 2007 fixe le nombre théorique de véhicules de transports sanitaires terrestres autorisés à 116 véhicules. Ce nombre pourra être révisé en 2012.

Le nombre théorique de véhicules pour la collectivité de St-Martin est de 6 véhicules (arrêté préfectoral de 2008), et le nombre théorique de véhicules pour la collectivité de St-Barthélemy est de 4 véhicules (arrêté de 2008)

Tableau relatif au nombre théorique de véhicules et au nombre de véhicules en service au 1^{er} janvier 2011 :

	Nombre d'entreprises	Véhicules théoriques	Véhicules en service	VN	VSL	Différence
Guadeloupe dont M-Galante	40*	116	160**	69	91	+44
Ets hospitaliers	5					
St-Martin	2	6	7	3	4	+1
St-Barthélemy	1	4	2	1	1	-2
TOTAL G/pe + Dépendances	43 + 5 étab. hospitaliers	126	169	73	96	+43

*dont 3 sur 4 sites

** dont 12 (8 VN-4 VSL) dans 5 Ets hospitaliers

Les travaux engagés par l'ARS, en vue de faire le point sur le nombre réel de véhicules agréés par rapport aux véhicules en service, devraient permettre, après contrôles complémentaires, d'établir la liste exacte du nombre de véhicules dans le département.

⁴⁰ DEA : diplôme d'état d'ambulancier

⁴¹ CCA : Certificat de Capacité d'Ambulancier

⁴² BNS : Brevet National de Secourisme/ BNPS : Brevet National de Premiers Secours

⁴³ AFPS : Attestation de Formation aux Premiers Secours

Tableau relatif au nombre théorique de véhicules et au nombre de véhicules agréés en Guadeloupe + M/Galante au 1^{er} juin 2011 : (en vue de validation par le sous-comité des transports sanitaires)

	Nombre d'entreprises	Véhicules en service	VN	VSL	Total	Véhicules agréés	VN	VSL	Total	Différence
Guadeloupe dont M-Galante	40	148	61	87	148	132	58	74	132	-16
Ets hospitaliers	5	12	8	4	12	6	6	0	6	-6
TOTAL		160	69	91	160	138	64	74	138	-22

c) Programme d'inspections

1) Les inspections effectuées dans le cadre du PRIICE -Programme Régional et Interdépartemental d'Inspection Contrôle et Evaluation, qui structure l'action des services de l'Etat dans le domaine des contrôles, sont programmées chaque année à raison de dix établissements (publics et privés) assurant des transports sanitaires. Ces inspections sont programmées ou inopinées.

2) Les inspections effectuées sur sites par le service chargé de la gestion des transports sanitaires sont également programmées ou inopinées.

d) Les secteurs de garde ambulancière

Au titre de la garde ambulancière [versement mensuel d'une indemnité de 346 euros par véhicule dédié à la garde pour chaque permanence de 12 heures (samedi, dimanche, jours fériés et nuit de 20h à 8h)], la CGSS a contribué pour un montant de 327 223, 07 euros.
[Données CGSS 2010 (Info PS spécial, avril 2011)]

B. Définition et enjeux de la PDSA

La mission de PDSA est une mission de service public qui a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets libéraux et des centres de santé (article R. 6315-1 du CSP).

Cette mission est assurée aux horaires suivants :

- tous les jours de 20h à 8h du matin
- les dimanches et jours fériés de 8h à 20h
- lorsque le besoin de la population le justifie (au regard de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante) : le samedi à partir de midi, le lundi précédant un jour férié, le vendredi et le samedi suivant un jour férié

Elle s'organise sur le territoire régional, divisé en territoires de permanence arrêtés par le DGARS.

Elle est assurée par les médecins libéraux ou salariés de centres de santé ou tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique et dont la capacité est attestée par le CDOM.

La PDSA peut désormais être également assurée par les établissements de santé, en relais de la médecine libérale, lorsque l'offre médicale et la demande de soins le justifient. Le cahier des charges régional en précise les modalités.

« L'enjeu est conséquent puisqu' il s'agit de garantir concrètement et durablement une offre de soins dans le champ de la permanence des soins au regard des besoins de la population. C'est un enjeu d'efficience et d'efficacité : permettre un égal accès aux soins à un coût acceptable pour la société ». ⁴⁴

a) Prise en charge administrative

Carences dans la prise en charge des jours fériés et chômés.
Circuit d'informations perfectible entre professionnels de santé.

b) Prise en charge organisationnelle

Signalements reçus par l'ARS pour les dysfonctionnements des secteurs de garde de pharmacie⁴⁵ et des gardes ambulancières⁴⁶ (secteur 2)

Optimisation des relations ville/établissements de santé souhaitée : rationalisation des parcours des patients (amélioration de la coordination et de la continuité des soins) pour une prise en charge optimale et une utilisation plus rationnelle des ressources (gestion des flux de patients : nécessaire action à mener contre la redondance des passages aux urgences et des hospitalisations et l'apparition de complications)

Plate-forme de mutualisation et de régulation (comme envisagé pour les transports sanitaires par exemple)

C. Orientations issues du sous-comité médical du 9 juin 2011 : pistes de travail pour le cahier des charges régional de la permanence des soins

Au cours des échanges du sous-comité médical du 09 juin 2011, l'URPS médecin et l'ADGUPS ont présenté leurs propositions pour l'organisation de la permanence des soins. L'intégralité de ces propositions figure en annexe du présent document. ⁴⁷

1. Régulation unique

Cf. article 1 de l'arrêté préfectoral N° 2009 -476 du 26/03/2009 avenant n°2 au cahier des charges régional de la PDS.

L'intégration des 4 PARM de l'ADGUPS au CHU est budgétée. Le délai de mise en œuvre est fixé au 1^{er} janvier 2013. Ce délai semble réaliste et réalisable pour régler les questions logistiques et matérielles (locaux, de Système d'information et de planning...) et de droit du travail.

⁴⁴ Dr FAVIER C. DGA-ARS Corse, Dossier Les cahiers hospitaliers-janvier 2011- *Que représente la PDSA pour une ARS ?*

⁴⁵ Courrier de citoyen adressé à la secrétaire d'Etat chargée de la santé en janvier 2011 et traité en mars 2011 par l'ARS

⁴⁶ Courrier ATSU (association pour la promotion et le développement des transports sanitaires d'urgence de Guadeloupe) du 24 février 2011

⁴⁷ Annexe IV

2. Secteurs de garde

a) Principe d'une ouverture des discussions pharmaciens-médecins

Un temps de réflexion entre médecins et pharmaciens apparaît comme nécessaire

Les thèmes à aborder dans un souci d'accessibilité pour les patients sont :

- le rapprochement de la sectorisation pharmacie/ gardes médicales ;
- la télé prescription par les pharmaciens ;
- les accords possibles (gestion de stocks de médicaments, dispensation...)

Article R. 6315-5

b) Fonctionnement des secteurs médicaux et tableaux de garde

Sur le fonctionnement actuel des secteurs médicaux, un délai de six mois (jusqu'à la fin de l'année 2011) est laissé à l'ADGUPS pour mener à bien sa nouvelle expérimentation (travail de proximité) pour pérenniser les succès de remplissage des tableaux de garde.

En cas de désorganisation, la question de la diminution du nombre de secteurs sera réexaminée. La DGARS provoquera une période de négociation sur le nombre et la surface des secteurs.

c) Cas des Saintes (Terre de Haut)

Terre de haut est un territoire dont les tableaux de gardes connaissent des difficultés de remplissage chroniques.

Après discussions avec les acteurs concernés, la PDS à Terre de Haut fera l'objet de mentions spéciales dans le schéma.

3. Nuit profonde

La nuit profonde est maintenue sur les îles où il n'existe pas de service d'urgence hospitalier.

4. MMG

a) Evaluation des MMG

Le principe d'une évaluation régulière des MMG est adopté. A cet effet, une évaluation des MMG (maison médicale de garde de Ste Rose et de Capesterre) sera programmée. Le choix des critères d'évaluation sera concerté (démographie, régulation...).

b) Implantation des MMG

L'implantation des MMG au sein des hôpitaux étant une priorité, il est envisagé une incitation à ce rapprochement au cas par cas.

c) Campagne de communication sur la régulation

La communication sur la régulation est l'objet d'un axe du présent schéma. La régulation sera prise dans son acception large et non circonscrite aux seules MMG. Un plan de communication sur le bon usage de la régulation et de l'utilisation des secours sera élaboré

d'ici un délai de 18 mois.

5. Transports sanitaires

Les propositions examinées ici ont été abordées lors du sous-comité des transports sanitaires du 10 juin 2011 ainsi que lors du CODAMUPS-TS du 13 décembre 2011.

Les préconisations, qui sont l'expression d'une profession, faites par le SIAGETS⁴⁸ lors de ce sous-comité figurent en annexe V du présent document.

a) Plate-forme logistique des transports sanitaires

Dans les 5 ans, la profession ambulancière s'organise pour mettre en place un guichet unique de coordination et de régulation des transports sanitaires.

Cette plate-forme devra garantir la fluidité des sorties hospitalières et apporter une solution aux carences ambulancières constatées.

L'organisation ambulancière reposerait sur une plate-forme de jour et sur une régulation par le SAMU pour les nuits, les week-ends et les jours fériés.

Un groupe de travail réunissant les hôpitaux privés et publics, les transporteurs sanitaires, les pompiers, le SAMU et les URPS réfléchira aux modalités concrètes de mise en œuvre de cette plate-forme.

Les travaux du groupes pourront s'appuyer sur l'analyse de l'activité de PDS, les tranches horaire, nombre d'actes moyens, type de recours (modes de recours aux soins non urgents de la population ; les modes de transports, régulés ou non ; les carences observées), le rôle et la répartition géographique des établissements de santé, la pertinence des contours des secteurs, en fonction des plages horaires, etc....

b) Estimation du nombre théorique de véhicules de transports sanitaires

A partir de 2012, le nombre théorique de véhicules sera revu.

Les besoins sont fixés comme suit :

- Pour les communes de plus de 10 000 habitants, un véhicule par tranche complète de 5 000 habitants.
- Pour les communes de moins de 10 000 habitants, un véhicule pour chaque tranche complète de 2 000 habitants

Un nombre de véhicules supérieur ou inférieur de 10% peut être retenu.

Pour une population de 400 584 habitants en Guadeloupe⁴⁹ (population 2010 INSEE), la population totale des communes de plus de 10 000 habitants s'élève à 306 883 habitants.

Le calcul selon la méthodologie évoquée abouti à un total (arrondi) de 61 véhicules pour l'ensemble des communes de plus de 10 000 habitants.

⁴⁸ SIAGETS : Syndicat interdépartemental Antilles-Guyane des entreprises de transport sanitaires, le 02 février 2011

⁴⁹ Calculs figurant en annexe

La population totale des communes de moins de 10 000 habitants s'élève à 93 701 habitants.

Soit un total (arrondi) de 47 véhicules pour l'ensemble des communes de moins de 10 000 habitants.

L'estimation du nombre théorique de véhicules serait de 108 véhicules majoré de 10%= 119 (arrondi) soit 3 véhicules de plus que le nombre théorique actuel de véhicules pour la Guadeloupe continentale.

III.SROS Biologie

Références :

Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale. Celle-ci comporte les articles L6222-2, L6222-3, L6222-4 concernant la répartition de l'offre de soins en biologie médicale.

Arrêté du 5 août 2010 fixant les références des normes d'accréditation applicables aux laboratoires de biologie médicale

Arrêté du 14 décembre 2010 définissant les conditions justificatives de l'entrée effective d'un laboratoire de biologie médicale dans une démarche d'accréditation

Décret n°2011-1268 du 10 octobre 2011 fixant les règles permettant d'apprécier l'activité d'un laboratoire de biologie médicale et le pourcentage maximum d'échantillons biologiques pouvant être transmis entre les laboratoires de biologie médicale

Ce volet du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) de la Guadeloupe consacré au thème de la biologie s'attache à répertorier l'activité régionale globale de biologie médicale, qu'elle soit publique ou privée, de manière à intégrer la biologie hospitalière dans son contexte. Il prend en compte l'activité de biologie hospitalière effectuée dans les laboratoires des établissements publics de santé à l'exclusion de :

- l'activité spécialisée d'aide médicale à la procréation (AMP) ;
- l'activité spécialisée de l'établissement français du sang (EFS) de qualification du don.

D'autre part, l'article L.6211-1 du CSP précise que les analyses de biologie médicale sont les examens biologiques qui concourent au diagnostic, au traitement ou à la prévention des maladies humaines ou qui font apparaître toute autre modification de l'état physiologique, à l'exclusion des actes d'anatomie et de cytologie pathologiques exécutés par les médecins spécialistes de cette discipline. De ce fait, les activités d'anatomo-pathologie n'ont pas été incluses dans ce volet biologie du SROS.

La Guadeloupe a 3 territoires de santé :

Territoire 1 : Nord Centre

Territoire 2 : Sud Basse Terre

Territoire 3 : Iles du Nord

A. L'organisation de la biologie en Guadeloupe

1. Etat des lieux

L'ordonnance favorisant la réorganisation des laboratoires, la situation évolue constamment, et le présent état des lieux reflète celle de novembre 2011.

L'offre de biologie médicale de la région Guadeloupe est très diversifiée, à l'image de la biologie au plan national. Les actes de biologie sont réalisés sur 35 sites :

- 4 sites de laboratoires d'établissements de santé,
- 29 sites de laboratoires d'analyses de biologie médicale (LABM) privés
- 2 sites de laboratoire Etablissement Français du Sang (EFS) pour l'immuno-hématologie du receveur

L'institut Pasteur garde son activité LABM début janvier 2012 uniquement sur les activités suivantes : mycobactéries, leptospirose et IST.

En France, il y environ 1 laboratoire privé pour 16 000 habitants, contre 1 pour 15 500 habitants en Guadeloupe sur les 3 territoires. La région présente donc une densité de laboratoire très proche de la moyenne nationale.

Aux Antilles Guyane, le ratio laboratoire/population est de 6,03 contre 6,96 au national (pour 100 000 habitants-données ONDPS 2011).

2. Données d'activité

A la suite de la parution du décret relatif à la déclaration d'activité 2010, une évaluation de l'activité des laboratoires publics et privés a été réalisée.

Elle a été adressée à tous les laboratoires de biologie, privés et publics, de la région. L'activité est exprimée en nombre de B (inclus BHN) :

- avec un prélèvement effectué sur site ou sous la responsabilité du laboratoire :
 - avec phase analytique sur place
 - transmise à un autre laboratoire de biologie médicale (dans le cadre de contrats de collaboration et/ou coopération ou aux laboratoires de référence)
- transmis par un autre laboratoire de biologie médicale à des fins d'analyse et d'interprétation (article 2 du décret n°2011-1268)

Ces données 2010, fournies à la fois par tous les laboratoires publics et le privés, seront utilisées pour définir, dans le SROS, le niveau de besoin de la population en nombre de B de biologie médicale, par territoire. Le niveau de besoin n'a pas été quantifié avec le nombre d'examen (article L 6222-2 de l'ordonnance relative à la biologie médicale) pour 2 raisons :

- L'unité « examen » n'est pas défini lors de l'évaluation de l'activité 2010. L'article 7 du décret du 10 octobre 2011 précise « le volume total d'examen en biologie médicale s'exprime en un nombre d'unités dont chacune correspond à la lettre clé ».
- L'impossibilité d'extraction des données en nombre d'examen pour certains biologistes.

Le niveau de besoin ainsi déterminé avec l'activité limitera les possibilités d'ouverture de nouveaux laboratoires. Ces données seront également utiles à la régulation des futures opérations de fusion, acquisition ou prise de participation pour maintenir une diversité de l'offre de biologie par territoire.

Les forfaits ne découlant pas d'une phase analytique ne doivent pas être comptés. Certains biologistes n'ont pas tenu compte de cette recommandation pour la transmission des données pour le SROS.

Activités des laboratoires par territoire en 2010

Territoire 1 –Nord Centre

Laboratoires	Privés	Publics	EFS	Total
Nombre de B	117 M	45 M	14 M	176 M
% de B	66%	26%	8%	100%
Nombre de laboratoires	23	2	2	27

Activité des laboratoires publics :

	Activité en B	Activité transmise	Activité pour d'autres laboratoires	Effectif en ETP		
				Biologiste	Technicien	Autres
Pôle Biologie du CHU	45M	1M	650 000	14	57	12
Laboratoire CH St Marie	60 000	NR	NR	1	5	3

Territoire 2- Sud Basse Terre

Laboratoires	Privés	Publics	EFS	Total
Nombre de B	26 M	10 M	0	36 M
% de B	71%	29%	0%	100%
Nombre de laboratoires	3	2	0	5

Remarque :

Les laboratoires privés Beaubrun-Casalan et Huc ont une activité, respectivement, de 37% et 26% du territoire 2.

Activité des laboratoires publics :

	Activité en B	Activité transmise	Activité pour d'autres laboratoires	Effectif ETP		
				Biologiste	Technicien	Autres
Laboratoire CH BT	8,8M	800 000	90 000	3	24	7,5
Laboratoire CH Maurice Selbonne	1,7M	NR	0	1	3	1

L'ordonnance du 13 janvier 2010 définit les règles prudentielles de répartition territoriale permettant de limiter les positions dominantes et les ouvertures susceptibles de faire dépasser de 25% l'offre de biologie par territoire.

Les laboratoires desservant le territoire Sud Basse Terre étant en nombre relativement réduit (5 laboratoires), la présentation chiffrée révèle d'emblée les difficultés d'application des règles prudentielles de l'ordonnance.

En conséquence, il est convenu avec l'ensemble des partenaires concernés par la question

de la biologie d'adopter, pour ce thème, la répartition territoriale suivante :

- le Territoire « Guadeloupe » regroupant les territoires de santé Nord Centre et Sud Basse Terre
- le Territoire « Iles du Nord » ou territoire de santé 3

Territoire Guadeloupe

Laboratoires	Privés	Publics	EFS	Total
Nombre de B	143 M	56 M	14 M	213 M
% de B	67%	26%	7%	100%
Nombre de laboratoires	26	4	2	31

Activité des laboratoires publics :

	Activité en B	Activité transmise	Activité pour d'autres laboratoires	Effectif en ETP		
				Biologiste	Technicien	Autres
Pôle Biologie du CHU	45M	1M	650 000	17	57	12
Laboratoire CH St Marie	60 000	NR	NR	1	5	3
Laboratoire CHBT	8,8M	800 000	90 000	3	24	7,5
Laboratoire CH Maurice Selbonne	1,7M	NR	0	1	3	1

NR : Non Renseigné / ETP : Equivalent Temps Plein

Remarques :

Le pôle Hospitalo-universitaire « Biologie » du CHU regroupe :

- Laboratoire d'Hématologie, d'Immunologie et d'Histocompatibilité
- Laboratoire des Maladies héréditaires et du Globule rouge (drépanocytose)
- Laboratoire de Biochimie, Pharmacologie et Toxicologie
- Laboratoire de Microbiologie clinique et environnementale
- Plateforme de Biologie moléculaire
- Centre de Ressources Biologiques

Les laboratoires privés du territoire Guadeloupe transmettent 26% de leur activité en B [6% ; 76%] surtout dans le cadre de coopération/collaboration entre laboratoires de Guadeloupe (22%).

40% de l'activité du laboratoire du CH Sainte-Marie provient des infirmiers libéraux (pas de laboratoires privés à Marie-Galante).

Territoire Iles du Nord

Laboratoires	Privés	Publics	EFS	Total
Nombre de B	15M	0	0	15 M
% de B	100%	0%	0%	100%
Nombre de laboratoires	3	0	0	3

Remarques :

- Les laboratoires privés du territoire Iles du Nord transmettent 5% de leur activité en B
- Le laboratoire Saint-Martin biologie a une activité de 64% de ce territoire.
- L'activité d'analyses biologie du CH St Martin et du CH St Barthélemy est assurée par des laboratoires privés.

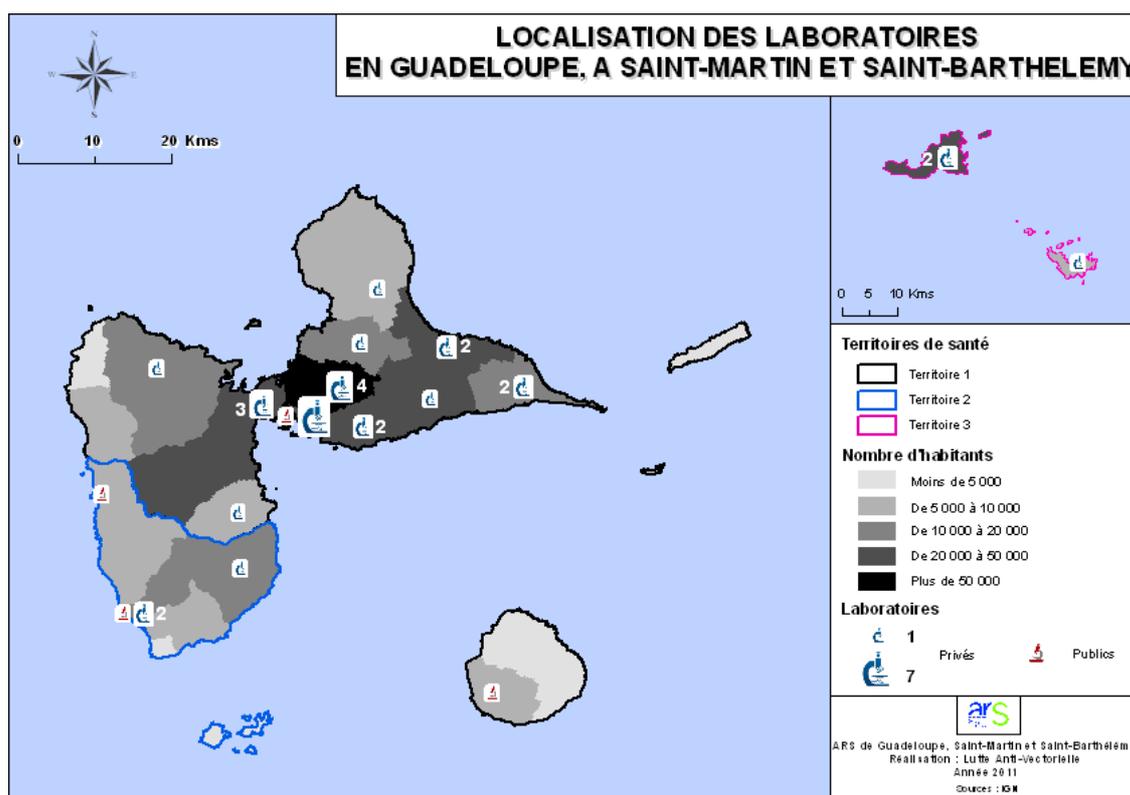
Territoires Guadeloupe et Iles du Nord

Laboratoires	Territoire Guadeloupe	Territoire Iles du Nord	Total
Privés	63%	7%	70%
Publics	20%	4%	24%
EFS	6%	0%	6%
Total	89%	11%	100%

Remarque :

Pourcentage exprimé en Nombre de B/ Nombre de B total en Guadeloupe

3. Cartographie des implantations



Le maillage territorial de la Guadeloupe en sites de laboratoires ouverts au public est satisfaisant (seuls les 2 laboratoires Etablissement Français du Sang sont fermés au public). Néanmoins, deux zones paraissent « moins accessibles ».

1. Les Saintes (3 000 habitants) : distantes de 20 km par mer des laboratoires de Basse Terre, via le transport maritime. La population des 2 îles (Terre de Haut et Terre de Bas) doit se mobiliser à la journée compte tenu des horaires des bateaux.
2. La Désirade (1 600 habitants) : Un prélèvement sur place par les infirmiers est possible. Envoi des examens deux fois par semaine au laboratoire du Moule distant de 40 km (par convention). Une alternative existe : déplacement de la population à la journée par bateau jusqu'aux laboratoires de Saint-François distant de 25 km.

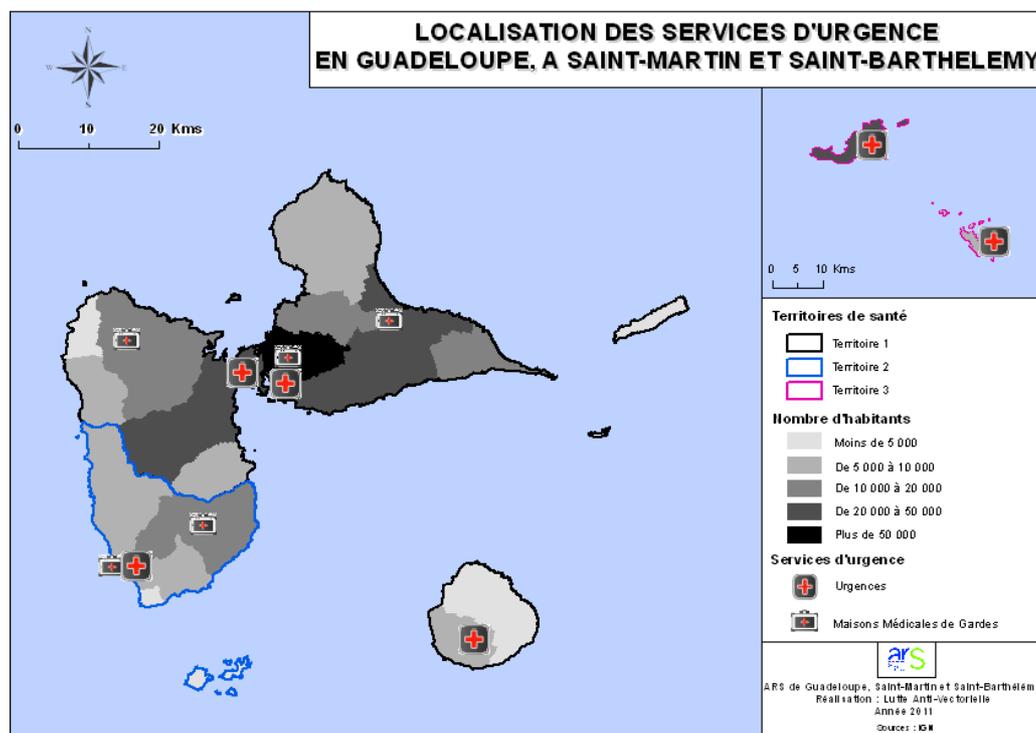
Le facteur limitant pour les Saintes et la Désirade est essentiellement le transport maritime avec des conditions d'accessibilité dépendantes des horaires et de la météorologie. Il est important de noter, afin de nuancer ce constat, la faible densité de population de ces bassins.

Remarque : la commune de Pointe Noire (7 000 habitants) : 32 km jusqu'au laboratoire de Sainte Rose mais à 15 km du laboratoire public de Maurice Selbonne

4. Permanence des soins

La permanence de l'offre de soins en biologie est liée à la présence d'un établissement de santé ou à un service d'accueil des urgences ou encore à une maison médicale de garde (8H00 à 24H00). Dans ce cas, il est nécessaire d'assurer une permanence 24h/24 de l'offre de biologie médicale.

L'article L6212-3 précise « les laboratoires participent à la permanence de l'offre de biologie médicale définie sur le territoire », cela s'applique aussi bien aux laboratoires publics que privés. Un projet de décret prévoit une organisation par les instances professionnelles de la permanence de l'offre de biologie par les laboratoires privés. Cette permanence de soins a pour objet de garantir la réponse aux situations d'urgence.



La permanence des soins en biologie médicale est assurée par les laboratoires :

- publics : CHU de Pointe à Pitre, CHBT, CH St Marie
- privés : Chenal à St Martin, Winicky à St Barthélemy, Biodom aux Eaux Claires
- EFS : Immuno-hématologie

B. Orientations stratégiques / Objectifs régionaux

1. Accompagner les objectifs d'efficience et de qualité prévus par la réforme de la biologie

a) Veiller dans le cadre de regroupement, au maintien de la continuité de l'offre, en faisant émerger des regroupements pertinents entre laboratoires

L'ordonnance du 13 janvier 2010 définit les règles prudentielles de répartition territoriale permettant de limiter les positions dominantes et les ouvertures susceptibles de faire dépasser de 25% l'offre de biologie par territoire.

Le nombre d'examens de biologie médicale réalisés à partir d'échantillons transmis par un laboratoire de biologie médicale ne peut excéder 15% du nombre total des examens de biologie médicale réalisés en totalité.

Le décret du 10 octobre 2011 précise les modalités de déclaration par les laboratoires de biologie médicale.

Cette déclaration comporte le nombre d'examens réalisés en totalité sur place et ceux dont seule la phase analytique est réalisée par le laboratoire déclarant. Ce décret n'autorisant les laboratoires à transmettre pour analyse et interprétation que 15 % des examens de biologie médicale qu'ils réalisent en totalité ou en partie, les laboratoires de biologie médicale peuvent ainsi déterminer la quantité d'échantillons biologiques qu'ils sont autorisés à transmettre à un autre laboratoire.

b) Veiller à la mise en place de l'accréditation complète de tous les laboratoires

La réforme de la biologie médicale correspond à une transformation des obligations de qualité des examens qui doivent répondre à des exigences de preuve et de traçabilité de leur réalisation. Cette accréditation par le Comité Français d'accréditation (COFRAC) porte sur les phases pré-analytiques, analytiques et post-analytiques.

La preuve d'entrée dans l'accréditation, selon des critères définis par l'arrêté du 14 décembre 2010, devra être apportée au plus tard le 1^{er} novembre 2013. L'accréditation complète du laboratoire doit être réalisée au plus tard le 1^{er} novembre 2016.

Ceci a pour conséquence, qu'à chacune de ces deux échéances, les laboratoires ne respectant pas ces critères devront cesser leur activité.

Il sera établi une évaluation et un suivi, en lien avec le COFRAC, du degré d'avancement

des laboratoires dans la démarche d'accréditation. Le COFRAC sera amené à échanger avec l'ARS, tout au long des processus d'accréditation et à lui signaler les situations constatées, susceptibles d'entraîner un risque majeur pour la santé des patients.

Actuellement, en Guadeloupe, 8 laboratoires ne sont pas engagés dans un processus d'accréditation (dont 6 laboratoires privés et les 2 de l'EFS). Tous les laboratoires publics sont engagés dans cette démarche. 19 laboratoires privés sont qualifiés « Bioqualité ».

Il conviendra de veiller, tout particulièrement, à la prise en charge de la biologie médicale des laboratoires privés et publics ne souhaitant pas être accrédités ou défaillants à l'accréditation et ce, à chacune des dates butoirs réglementairement définies.

2. Définir des règles d'implantation territoriale afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale

- **Garantir, par un maillage satisfaisant du territoire, une accessibilité géographique en laboratoires ouverts au public et la pérennité de l'offre en biologie médicale**

Il s'agit, au niveau de la Guadeloupe et des îles du Nord, d'accompagner la mise en œuvre de la réforme, qui poursuit notamment des objectifs d'efficience et de qualité de pratique et de prévoir les évolutions sur l'organisation territoriale de l'offre de biologie, pour les établissements de santé publics et privés.

100% de la population est à une distance inférieure à 25 km d'un site de laboratoire de biologie médicale mais avec des conditions d'accessibilité différentes. Les communes des Saintes et la Désirade sont assujetties aux horaires des bateaux et aux conditions météorologiques. La population des 2 îles des Saintes doit se mobiliser à la journée compte tenu des horaires des navettes.

A noter que chaque entité juridique exploitant un laboratoire doit pouvoir rendre, pour chacun de ses sites, des résultats d'examens dans des délais compatibles avec l'état de l'art.

Pour des activités très spécialisées ou faisant appel à des techniques innovantes et/ou particulièrement coûteuses, il y a possibilité de recourir à un plateau technique régional ou inter-régional.

Implantations :

[Territoires Centre et Sud Basse-Terre regroupés] : fixation d'une borne basse à 7 LABM

[Territoire Iles du Nord] : fixation d'une borne basse à 2 LABM

3. Besoins de la population en nombre d'actes

Il n'existe pas de ratio national connu en besoins d'examens de biologie médicale par nombre d'habitants. L'analyse repose donc seulement sur des données de consommation.

Selon les données de l'assurance maladie, l'évolution nationale du nombre d'actes de biologie est orientée à la hausse, avec une moyenne proche de 5% par an, sur les 8 dernières années.

Par contre, les baisses de nomenclatures tempèrent fortement l'impact économique de cette croissance. A titre d'exemple entre 2008 et 2009, l'augmentation du nombre d'actes remboursés a été de 4,1% contre +0,1% en valeur. Pour 2012, le syndicat des biologistes estime la baisse de tarifs sur les actes à 160 millions d'euros au niveau national.

4. Veiller aux besoins en implantation par territoire pour les laboratoires ouverts au public

La répartition actuelle des laboratoires ouverts au public couvre les besoins de la population. Le découpage territorial du SROS biologie en deux zones (Guadeloupe et Iles du Nord) doit permettre de préserver l'offre, tout en rendant possible certaines opérations de regroupement ou de redistribution spatiale.

5. Susciter les évolutions nécessaires par rapport à l'existant

La profession de biologiste est une spécialité médicale dont l'accès est ouvert à l'issue des études de médecine et de pharmacie, par l'intermédiaire d'un concours d'internat.

Au plan national, les effectifs actuels de biologistes se maintiennent de 10 000 jusqu'à 2010. Plus de la moitié d'entre eux ont toutefois, à cette date, plus de cinquante ans, ce qui laisse entrevoir une baisse de l'effectif en exercice pour les vingt prochaines années.

En 1998, la presque totalité des biologistes exerçant en Guadeloupe étaient des pharmaciens. En 2009, on comptait 4 médecins. Compte tenu des objectifs et des modalités de la réforme en cours, la proportion des médecins parmi les biologistes doit augmenter pour dépasser 40% en 2025 (données DRESS, février 1999).

A noter que l'une des dispositions de l'ordonnance de janvier 2010 (codifiée à l'article L6213-2) ouvre l'accès à la profession de biologiste médical à quels cas particuliers :

- à toute personne qui remplit les conditions d'exercice de la biologie médicale (en 2010) dans un laboratoire de biologie médicale, ou une personne qui a exercé la biologie médicale dans les établissements publics de santé soit à temps plein, soit à temps partiel pendant une durée équivalente à deux ans à temps plein au cours des dix dernières années. Toutefois, lorsque cette personne n'a exercé la biologie médicale que dans un domaine de spécialisation déterminé, elle ne peut exercer la fonction de biologiste médical que dans ce domaine de spécialisation.

- à tout vétérinaire qui a commencé une formation de spécialité en biologie médicale avant janvier 2010 et qui a obtenu sa spécialisation en biologie médicale avant 2016.

Aux Antilles-Guyane, 35% des biologistes ont 55 ans et plus. La part des 55 ans et plus est plus forte chez les pharmaciens (35,4%) que chez les médecins biologistes (25,2%).

Les flux prévisibles de DES de biologie médicale formés dans les cinq ans correspondent à 14% des effectifs de biologistes de 55 ans et plus, susceptibles de cesser l'activité d'ici 10 ans aux Antilles Guyane (contre 35% au national).

De plus le ratio biologiste/population est de 9,83 aux Antilles Guyane contre 16,48 au national (pour 100 000 habitants- données ONDPS 2011).

La population de la Guadeloupe est considérée comme stable +1% (données INSEE).

Le coût d'une accréditation COFRAC pour un laboratoire mono ou multi-sites s'élève à 445 000€ par an de façon récurrente. Ce coût correspond à un maximum de 5 sites, au-delà le montant pour chaque laboratoire est plus élevé (données Syndicat National Médecins Biologistes, mai 2011).

Les laboratoires facturent les actes de biologie au tarif de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (art L.6211-21). Le prix du B métropole NABM est de 0,27€ alors que le

coût moyen national du B est de 0,19€. En Guadeloupe, le prix du B Guadeloupe NABM est de 0,31€.

La transmission des échantillons aux laboratoires de référence est de 5% pour les laboratoires privés et de 3% pour les laboratoires publics.

Pour les examens envoyés en Métropole, le B est facturé à 0,27€ à l'établissement sans les coûts de transport.

Pour faciliter l'entrée dans l'accréditation, les laboratoires sont incités financièrement à se regrouper et à envisager des mutualisations de moyens. Le principe de l'accréditation obligatoire, les nouvelles règles de transmission (<15%), le nombre de biologistes en diminution et les baisses tarifaires vont entraîner une réduction significative du nombre de laboratoires :

- de 4 500 à moins de 1 500 dans le privé
- de 450 à 150 dans les CH
- de 400 à 40 dans les CHU

(Données Syndicat des Biologistes 2011).

La cartographie comparée des sites de prélèvement des laboratoires de biologie, par rapport à la densité de la population guadeloupéenne, ne fait pas apparaître la nécessité de susciter de nouveaux sites.

Cette répartition géographique peut être considérée comme satisfaisante et le nombre actuel de sites de prélèvement ouverts au public paraît donc adapté à un accès aisé de la population à l'offre de biologie médicale.

6. Accompagner les évolutions de l'offre de biologie pour les établissements de santé publics et privés

a) Inciter les établissements de santé à organiser, si nécessaire, le regroupement de leurs laboratoires en multi-sites

L'obligation d'accréditation devient déterminante et nécessitera une coopération inter-établissements en matière de biologie médicale. L'objectif de la réforme est d'encourager la mutualisation de moyens, notamment pour favoriser l'entrée dans le processus d'accréditation, de rationaliser l'organisation de la permanence des soins, d'élargir l'accès des laboratoires hospitaliers aux patients ambulatoires.

Actuellement, des travaux sont menés par les établissements publics de santé pour réorganiser les activités de sous-traitance entre laboratoires visant notamment à rationaliser les circuits et à limiter les envois sur les laboratoires de métropole.

Pour les établissements de santé publics, des regroupements sont prévus :

- un pôle: CHU et CH St Marie
- un pôle: CHBT et CH Maurice Selbonne

Des investissements hospitaliers en matière de logistique inter-hospitalière (réseaux publics ou privés d'acheminement des échantillons au sein d'un territoire) sont à développer. Des acheminements pourraient être négociés avec le ou les prestataires déjà implantés sans nécessairement justifier des investissements supplémentaires.

Une possible coopération entre le CHU et la clinique des Eaux Claires est à expertiser.

b) Mettre en œuvre les recommandations de la DGOS relatives aux relations EFS-établissements de santé

Il conviendra d'analyser l'impact de l'ordonnance sur les relations entre l'EFS et les établissements, en termes d'offre et d'organisation territoriale.

En effet, pour les établissements de santé, le dispositif de transmission limité à 15% des examens prévus dans l'ordonnance, est de nature à remettre en cause l'équilibre actuel fragile de répartition des activités d'immuno-hématologie receveur et donc de délivrance.

Fonder la répartition des lieux de délivrance sur les schémas régionaux d'organisation des soins, en prenant en compte le découpage en territoire et faire le lien avec le STOS.

c) Conserver et favoriser l'organisation de la permanence des soins sur le territoire

Une organisation de la permanence à laquelle participeraient tous les laboratoires ne se justifie pas. En effet, les laboratoires hospitaliers assurent déjà un fonctionnement 24H/24. Le même schéma est adapté par certains laboratoires privés qui assurent les examens d'établissements de santé (Chenal, Winicky et Biodom).

c. Missions du Directeur Général de l'ARS

D'après l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010, le Directeur de l'ARS peut intervenir dans certaines situations :

1. Accréditation

Il peut autoriser le laboratoire de biologie médicale à poursuivre certaines activités pour lesquelles son accréditation a été suspendue ou retirée, pendant une durée maximale de trois mois renouvelable une fois, pour répondre à des situations d'urgence ou à une insuffisance grave de l'offre locale (art. L.6221-8). Sa décision est motivée. Le laboratoire de biologie médicale informe de cette décision les patients ainsi que les laboratoires de biologie médicale lorsqu'il leur transmet des échantillons biologiques en application de l'article L. 6211-19.

Les laboratoires sans accréditation après la date butoir devront cesser leur activité avec une échéance maximale de trois mois autorisée par la directrice de l'agence régionale de santé.

2. Pourcentage de l'activité par territoire

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut s'opposer à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site d'un laboratoire de biologie médicale, lorsqu'elle aurait pour effet de porter, sur le territoire infrarégional considéré, l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population tels qu'ils sont définis par le schéma régional d'organisation des soins dans les conditions prévues à l'article L. 1434-9 (art. L.6222-2)

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut s'opposer, pour des motifs tenant au risque d'atteinte à la continuité de l'offre de biologie médicale, à une opération d'acquisition d'un laboratoire de biologie médicale ou à une opération de fusion de laboratoires de biologie médicale, lorsque cette opération conduirait à ce que, sur le territoire infrarégional considéré, la part réalisée par le laboratoire issu de cette acquisition ou de cette fusion dépasse le seuil de 25 % du total des examens de biologie médicale réalisés (art. L.6222-3)

Remarque :

Pour le territoire Iles du Nord : le laboratoire Saint-Martin biologie a une activité de 64% de ce territoire.

Le regroupement prévu des laboratoires privés devra donc être apprécié au cas par cas par l'Agence Régionale de Santé au regard des règles générales ci-dessus rappelées.

D. Indicateurs de suivi régionaux

- Pourcentage de la population de la Guadeloupe ayant des difficultés d'accès à un site de prélèvement (situé à une distance supérieure à 50 Km)
- Nombre de laboratoires ayant déclaré ne pas vouloir s'accréditer
- Nombre de laboratoires sans preuve d'entrée dans la démarche d'accréditation 6 mois avant la date butoir actuellement fixée au 1^{er} novembre 2013
- Pourcentage d'examens et la nature de ces examens transmis par chaque laboratoire afin de mettre en place des partenariats publics-privés.
- Pourcentage de l'activité par laboratoire par rapport au total du territoire.

E. Evolution de l'offre

Création/suppression d'implantations prévues : la pérennité des laboratoires de biologie médicale est dépendante de l'accréditation de ces derniers. La preuve d'entrée dans l'accréditation, selon des critères définis par l'arrêté du 14 décembre 2010, devra être apportée au plus tard le 1^{er} novembre 2013. L'accréditation complète devant être réalisée au plus tard le 1^{er} novembre 2016.

Ceci a pour conséquence, qu'à chacune de ces deux échéances, les laboratoires ne respectant pas ces critères devront cesser leur activité.

IV. SROS Ambulatoire : suivi et évaluation du dispositif

A. La définition d'indicateurs

Le suivi et l'évaluation du dispositif pourront être assurés par la définition d'indicateurs permettant de vérifier l'atteinte des objectifs fixés.

- nombre de CESP signés par rapport au nombre de contrats proposés
- le suivi des contrats «santé solidarité»
- nombre de sites d'exercice regroupé en fonction par rapport à celui prévu
- % d'habitants situés à moins de 20 mn d'un point de 1^{er} recours comportant : la médecine générale, les soins infirmiers et de kinésithérapie
- l'état d'avancement de la réorganisation de la PDSA
- le suivi des installations dans les différents secteurs : urbain, mixte, rural
- le suivi de la densité des différentes professions sur les territoires

- Se référer aux indicateurs du CPOM ARS-Etat [Fiches 4.1 Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale; 6.7 Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire / 100 000 hab. (maisons de santé, centres de santé); 7.1 Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU (classification clinique des malades des urgences) dans les passages aux urgences pendant la PDS; 7.2 Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins (sondage à définir basé sur des critères nationaux et décliné régionalement)]

B. L'évaluation économique

Pour ce qui concerne l'aspect économique il sera retenu l'étude d'impact des engagements financiers.

- aide aux MSP et aux pôles de santé
- l'évaluation de l'expérimentation « nouveaux modes de rémunération »
- l'évaluation des contrats d'engagement de service public

V. ANNEXE I : Synthèse des priorités et des actions- cadrage financier estimatif des mesures

Objectifs généraux → Priorités	Objectifs opérationnels →Actions	Catégorie de leviers de l'ARS	Estimation de l'Impact financier (en euros)	Indicateurs de suivi
1. Aide à l'installation	<ul style="list-style-type: none"> - Mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé - Recrutement de maîtres de stage - Prioriser des territoires de projets cibles (zones fragiles) - Plans d'actions conduits pour les professionnels de santé à démographie sinistrée (groupe de travail issu du CRONDPS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Contrats d'engagement de service public (CESP) - Campagne de communication - Formation 	<ul style="list-style-type: none"> Revenu imposable de 1 200 euros brut par mois pendant toute la durée des études médicales. - Prise en charge du coût de transport des formateurs - Coût de la campagne de communication 	Nombre de CESP signé par rapport au nombre de contrats proposés
2. Amélioration de la qualité des soins et des pratiques	- Accompagner des actions améliorant la qualité et la sécurité des soins. ⁵⁰	<ul style="list-style-type: none"> - Groupes qualités - Réseaux de santé (fonctionnement et évaluation) 		

⁵⁰ Outils de ces actions : groupes qualité, réseaux de santé, FMC, EPP

3. Plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS)	<ul style="list-style-type: none"> - Informer les professionnels de santé en formation et en exercice sur - Informer sur les zones 	<ul style="list-style-type: none"> - Site internet 		
4. Modes d'exercice coordonné	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagner les exercices regroupés en fonction des besoins identifiés. - Inciter et diversifier l'exercice libéral (via les nouveaux modes de rémunération) dans le cadre des priorités de santé. - Faciliter l'exercice au quotidien et rompre l'isolement des PS insulaires (télémédecine, systèmes d'info, 	<ul style="list-style-type: none"> - Maison de santé pluridisciplinaire (MSP) - Nouveaux mode de rémunération NMR - Protocole de coopération (coopérations et délégations de tâches, ...) Art.51 de la loi HPST ; L4011-1CSP - Maîtres de stage - Télémédecine (à Saint-Martin) Systèmes d'information 	<p>50 000 par MSP</p> <p>NMR : Cf. tableau ci-dessous</p>	
5. Permanence des soins	<ul style="list-style-type: none"> -Accès aux soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux - Efficience globale du dispositif (contraintes géographiques et différentes sujétions attachées à l'exercice de la PDS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Forfaits d'astreinte et de régulation médicale 	<ul style="list-style-type: none"> - Enveloppe régionale fermée - ⁵¹Rémunération de l'astreinte du médecin : ≥ 150 euros pour une durée de référence de 12 heures -Régulation médicale téléphonique : ≥ 	

⁵¹ Ministre du travail de l'emploi et de la santé et le ministre du budget, des comptes publics, de la FP et de la réforme de l'Etat- Arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la PDS en médecine ambulatoire

			70 euros par heure de régulation	
		- 5 MMG (fonctionnement et évaluation à prévoir) - Régulation libérale		
6. Transports sanitaires terrestres, maritimes et aériens	- Assurer une meilleure accessibilité - Fluidifier les sorties hospitalières - Nouveaux agréments ou conventions - Evacuations sanitaires (EVASAN)	- Plate-forme (aide au démarrage) - Transports hélicoptés et aériens Cf. SROS volet hospitalier		
7. Articulation avec les autres schémas (prévention, médico- social)	- Accompagner des projets de Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) sur les actions de prévention et de santé publique (Schéma prévention). - Critères de priorisation des MSP à définir dans le cadre d'un cahier des charges régional de financement	- Education thérapeutique du patient (établissements, réseaux)	Forfaits envisagés : - 250 euros pour le diagnostic éducatif de 3 ou 4 séances ; - 300 euros lorsque le nombre de séances est porté à 5 ou 6 ; - 1 000 euros pour l'élaboration et la structuration initiales du programme ; - 1 000 euros de forfait de formation par professionnel dans la limite de 2	

	<p>- Réflexion sur la mise en place d'une filière de soins autour des médecins généralistes et autres professionnels de santé associant différents acteurs du médico-social pour prendre en compte les situations complexes (maintien à domicile, interventions dans les EHPAD, accès aux soins dentaires pour les PA/PH...).</p>		<p>formations par an et type de programme.</p>	
--	---	--	--	--

Nouveaux modes de rémunérations

En termes de nouveaux modes de rémunérations, pour les missions coordonnées, le calcul du forfait et les quatre classes de calcul sont les suivants :

Principes

En début d'année, un forfait est alloué pour rémunérer vos activités coordonnées en plus du paiement à l'acte.

Calcul du forfait

Il est calculé en fonction de 2 critères : la taille de la patientèle et le nombre de professionnels impliqués dans la structure. Il comporte donc :

- une **première partie, dite «A»**, rémunérant le temps de management de votre structure, fonction du nombre de patients ayant choisi comme médecin traitant l'un des médecins généralistes de votre structure. Les enfants entre 6 et 16 ans sont intégrés à la patientèle dès lors qu'ils ont consulté un médecin de la structure deux fois au cours de l'année. Les patients en ALD sont également inclus dans la patientèle.
- et une **seconde partie, dite «B»**, rémunérant le temps nécessaire à la coordination. Cette partie est conditionnée à l'atteinte des objectifs assignés à votre structure. Pour son calcul, seuls les professionnels de santé participant au projet de santé sont comptabilisés. Ils le sont en fonction du temps passé au sein de la structure.

La **totalité de ce forfait est versé à la structure**. Vous êtes ensuite libres de le répartir comme vous le souhaitez entre les professionnels concernés.

Quatre classes de forfaits selon la taille de la structure :

	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4
Partie A Composition de la structure	Structures ayant moins de 2 700 patients	Structures ayant entre 2 700 et 6 300 patients	Structures ayant entre 6 300 et 12 400 patients	Structures ayant plus de 12 400 patients
	6 900€	13 800€	22 500€	45 000€
Partie B Supplément pour le 1 ^{er} médecin généraliste	8 900€			
Supplément pour les autres médecins généralistes	3 000€			
Supplément pour chaque professionnel de santé supplémentaire*	1 400€			

* La somme de 1400 € est versée par professionnel de santé supplémentaire incluant donc les médecins généralistes.

ANNEXE II: Dépenses de santé

DEPENSES DE SANTE

Lexique CGSS

PCAP : Evolution des montants remboursés en PCAP (Période Comparable Année Précédente)

TCAM: taux de croissance annuel moyen

MT : Montant

MT astreintes libérales : montant astreintes libérales

MT rémunération régulation : Montant rémunération régulation

SF : Actes de Sage-femme

SFI : Actes Infirmiers des sages-femmes

SLM : Section Locale Mutualiste

- Données CGSS issues de la commission paritaire départementale des médecins de février 2011

	DEPENSES REMBOURSABLES			DEPENSES REMBOURSEES		
	Janv - sept 2009	Janv - sept 2010	PCAP en %	Janv - sept 2009	Janv - sept 2010	PCAP en %
Honoraires privés						
Médecins Omnipraticiens	27 228 887	30 362 318	11,5	20 040 111	22 279 836	11,2
Médecins Spécialistes	39 706 361	44 227 757	11,4	32 406 659	36 512 161	12,7
Total Honoraires méd. Libéraux	66 935 249	74 590 075	11,4	52 446 770	58 791 998	12,1
Prescriptions						
Médecins Omnipraticiens						
Médicaments (dont franchises)	71 490 545	74 742 473	4,5	53 519 542	55 866 721	4,4
Indemnités journalières	8 641 743	9 656 357	11,7	8 641 743	9 656 357	11,7
Transport malades (dont franchises)	4 126 274	4 631 719	12,2	3 931 298	4 403 997	12
Autres prescriptions	78 006 052	88 848 315	0,1	68 680 988	78 162 128	0,1
Total prescriptions Med. Omnipraticiens	162 264 614	177 878 864	9,6	134 773 571	148 089 203	9,9
Médecins Spécialistes						
Médicaments (dont franchises)	26 861 995	28 318 421	5,4	20 580 083	21 668 018	5,3
Indemnités journalières	3 141 563	3 169 243	0,9	3 141 563	3 169 243	0,9
Transport malades (dont franchises)	2 005 513	2 200 542	9,7	1 932 923	2 101 783	8,7
Autres prescriptions	18 221 401	21 666 083	0,2	14 096 916	16 717 987	0,2
Total prescriptions Med. Spécialistes	50 230 472	55 354 289	10,2	39 751 485	43 657 031	9,8
Total Prescriptions	212 495 086	233 233 153	9,8	174 525 056	191 746 233	9,9

- Données CGSS/Commission paritaire départementale des sages-femmes Mars 2011

	DEPENSES REMBOURSABLES			DEPENSES REMBOURSEES		
	Année 2009	Année 2010	PCAP en %	Année 2009	Année 2010	PCAP en %
Consultations	39 144	16 932	-56.7	38 726	16 399	-57.7
Visites (y compris frais de déplacement praticiens)	155 301	145 422	-6.4	155 066	145 160	-6.4
SF	1 463 535	1 534 609	4.9	1 452 743	1 526 702	5.1
Examen de suivi de grossesse	9 884	20 724	109.7	9 800	20 633	110.5
Examen de suivi de post natal	7 200	24 672	242.7	7 189	24 511	241.0
Autres honoraires	40			40		
TOTAL HONORAIRES PRIVES	1 675 104	1 742 359	4	1 663 563	1 733 405	4.2
SFI	331 937	356 733	7.5	321 174	346 949	8.0
Frais déplacement auxiliaires	373 033	373 946	0.2	371 963	373 000	0.3
TOTAL ACTES PRESCRITS	704 971	730 679	3.6	693 137	719 949	3.9
TOTAL PRESTATIONS	2 380 075	2 473 038	3.9	2 356 701	2 453 354	4.1

- Données CGSS/ Commission paritaire départementale des ambulanciers-Mars 2010

PRESTATIONS	DEPENSES REMBOURSABLES			DEPENSES REMBOURSEES		
	Année 2008	Année 2009	PCAP EN %	Année 2008	Année 2009	PCAP EN %
Ambulance	6 342 336	7 024 284	10,8	6 062 418	6 709 608	10,7
V. S. L.	7 891 207	6 491 857	-17,7	7 538 831	6 277 329	-16,7
Total Prestations	14 233 543	13 516 141	-6,9	13 601 249	12 986 937	-6,0

- Données CGSS/ Commission paritaire départementale des pharmaciens d'officine, mai 2010

PRESCRIPTIONS DE MEDICAMENTS	DEPENSES REMBOURSABLES			DEPENSES REMBOURSEES		
	Année 2008	Année 2009	PCAP en %	Année 2008	Année 2009	PCAP en %
Médecins Omnipraticiens	96 385 963	96 535 301	0,2	71 750 125	72 241 716	0,7
Médecins Spécialistes	37 851 159	36 265 959	-4,2	28 636 049	27 810 260	-2,9
Total	134 237 121	132 801 260	-1,1	100 386 174	100 051 976	-0,3

- Données CGSS/ Commission paritaire départementale des laboratoires, avril 2010

PRESTATIONS	DEPENSES REMBOURSABLES			DEPENSES REMBOURSEES		
	Année 2008	Année 2009	PCAP en %	Année 2008	Année 2009	PCAP en %
AMI	7 977	9 050	13,5	5 779	6 756	16,9
Biologie : Actes d'analyses	33 607 990	31 668 892	-5,8	25 608 954	24 088 359	-5,9
Participations forfaitaires des laboratoires				-846 749	-893 158	5,5
Biologie : Actes de prélèvement	1 289 762	1 223 453	-5,1	968 287	921 912	-4,8
Frais déplacement Laboratoires	3 310	3 385	2,3	2 763	2 932	6,1
Forfts filières et réseaux labo	0	0	0	0	0	0
Contrats bonnes pratiques et santé publique	1 743			1 743		
TOTAL PRESTATIONS	34 910 782	32 904 779	-5,7	25 740 777	24 126 801	-6,3

- Données CGSS/ Commission paritaire départementale des infirmiers, février 2011

	DEPENSES REMBOURSABLES			DEPENSES REMBOURSEES		
	Janv - sept 2009	Janv - sept 2010	PCAP en %	Janv - sept 2009	Janv - sept 2010	PCAP en %
AMI : soins infirmiers	25 293 680	27 878 019	10.2	24 107 965	26 604 179	10.4
AIS : Actes infirmiers de soins	11 501 296	13 921 099	21	10 807 220	13 085 763	21.1
DI : Démarche de soins infirmiers	31 756	32 448	2.2	29 897	30 728	2.8
Franchises sur actes d auxiliaires médicaux	0	0		-302 642	-348 452	15.1
Frais déplacement auxiliaires	10 038 696	11 257 048	12.1	9 724 887	10 904 341	12.1
Forfts filières et réseaux auxiliaire	0	0	0	0	0	0
Contrats bonnes pratiques et santé publique		525			525	
TOTAL PRESTATIONS	46 865 427	53 089 139	13.3	44 367 327	50 277 084	13.3

- Données CGSS/ Commission paritaire régionale des masseurs-kinésithérapeutes, mai 2011

	DEPENSES REMBOURSEES (Régime général)				
	Année 2008	Année 2009	Année 2010	PCAP en % 2010/2009	TCAM 2010/2008 (%)
AMK	5 433 364	5 282 940	5 448 112	3.1	0.1
AMC	288 322	241 095	274 091	13.7	-2.5

AMS	7 032 258	7 402 646	8 604 301	16.2	10.6
Franchises sur actes d'auxiliaires médicaux	-142 267	-171 212	-195 347	14.1	17.2
Frais déplacement auxiliaires	1 504 110	1 674 443	1 770 150	5.7	8.5
Contrats bonnes pratiques et santé publique	0	0	0	.	.
TOTAL PRESTATIONS	14 110 788	14 429 911	15 901 306	10.2	6.2

- Données CGSS/ Commission paritaire départementale des orthophonistes, avril 2011

PRESTATIONS	DEPENSES REMBOURSABLES				
	2008	2 009	2 010	TCAM (%) 2010/2008	PCAP (%) 2010/2009
AMO (acte médical d'orthophonie)	3 459 084	3 601 817	4 084 460	8.7	13.4
Franchises sur actes d'auxiliaires médicaux	0	0	0	.	.
Frais déplacement auxiliaires	2 811	6 740	9 668	85.5	43.5
Contrats bonnes pratiques et santé publique	0	0	0	.	0.0
TOTAL PRESTATIONS	3 461 895	3 608 556	4 094 128	8.7	13.5

PRESTATIONS	DEPENSES REMBOURSEES				
	2008	2 009	2 010	TCAM (%) 2010/2008	PCAP (%) 2010/2009
AMO (acte médical d'orthophonie)	2 412 409	2 530 339	2 892 067	9.5	14.3
Franchises sur actes d'auxiliaires médicaux	-2 784	-3 463	-4 461	26.6	28.8
Frais déplacement auxiliaires	2 724	6 446	9 477	86.5	47
Contrats bonnes pratiques et santé publique		0	0	.	0
TOTAL PRESTATIONS	2 412 349	2 533 322	2 897 083	9,6	14,4

- Données CGSS/Commission paritaire départementale des dentistes, avril 2010

	DEPENSES REMBOURSABLES			DEPENSES REMBOURSEES		
	Année 2008	Année 2009	PCAP en %	Année 2008	Année 2009	PCAP en %
Consultations	933 898	910 263	-2,5	658 403	642 034	-2,5
Visites	17	0	0	12	0	0
Z, ZN, ZM, PRA et DCS (radiologie)	825 574	897 024	8,7	581 459	637 192	9,6
Participation assuré	0	0	0	-288	-432	50
D (Chirurgie ou parodontie)	12 456	9 657	-22,5	11 795	9 191	-22,1
DC (Chirurgie ou parodontie)	1 131 884	1 131 192	-0,1	802 517	800 272	-0,3
SC (Soin Conservateur)	6 599 075	6 316 352	-4,3	4 647 636	4 449 277	-4,3
SPR (Soin prothétique)	4 320 077	4 386 451	1,5	3 046 849	3 093 598	1,5
TO (Orthodontie)	832 213	985 361	18,4	813 557	966 854	18,8
Contrat de bonne pratique dentistes	0	0	0	0	0	0
TOTAL HONORAIRES PRIVES	14 655 194	14 636 302	-0,1	10 561 940	10 597 987	0,3

VI. ANNEXE III : Nombre de médecins de 55 ans et plus par spécialité

Selon la source ADELI, le dénombrement des « médecins libéraux et salariés » et des « médecins libéraux » par classes d'âges « 55 ans et plus » et « 60 ans et plus », se répartie ainsi par activités médicales :

55 ans et + LIBERAUX/SALARIES	nombre
Anesthésie-Réanimation	28
Autres spécial. chirurgicales	5
Autres spécialités médicales	18
Biologie médicale	3
Chirurgie générale	17
Dermato-Vénérologie	8
Gastro-entérologie-hépatologie	11
Gynécologie - Obstétrique	32
Gynécologie médicale	1
Médecine générale	217
Médecine interne	5
Ophthalmologie	12
Oto-rhino-laryngologie	10
Pathologies cardio-vasculaires	15
Pédiatrie	16
Pneumologie	2
Psychiatrie	28
Radiologie	11
Rhumatologie	6
Santé publique et médecine du travail	7
Stomatologie	3
Total	455

55 ans et + LIBERAUX	nombre
Anesthésie-Réanimation	11
Autres spécial. chirurgicales	2
Autres spécialités médicales	9
Biologie médicale	2
Chirurgie générale	8
Dermato-Vénérologie	7
Gastro-entérologie-hépatologie	8
Gynécologie - Obstétrique	24
Gynécologie médicale	1
Médecine générale	147
Médecine interne	1
Ophthalmologie	12
Oto-rhino-laryngologie	10
Pathologies cardio-vasculaires	12
Pédiatrie	10
Pneumologie	2
Psychiatrie	8
Radiologie	10
Rhumatologie	6
Stomatologie	3
Total	293

60 ans et + LIBERAUX/SALARIES	nombre
Anesthésie-Réanimation	19
Autres spécialités médicales	13
Biologie médicale	1
Chirurgie générale	12
Dermato-Vénérologie	4
Gastro-entérologie-hépatologie	3
Gynécologie - Obstétrique	16
Gynécologie médicale	1
Médecine générale	134
Médecine interne	3
Ophthalmologie	8
Oto-rhino-laryngologie	7
Pathologies cardio-vasculaires	10
Pédiatrie	10
Pneumologie	1
Psychiatrie	18
Radiologie	8
Rhumatologie	3
Santé publique et médecine du travail	1
Stomatologie	3
Total	275

60 ans et + LIBERAUX	nombre
Anesthésie-Réanimation	9
Autres spécialités médicales	6
Biologie médicale	1
Chirurgie générale	7
Dermato-Vénérologie	4
Gastro-entérologie-hépatologie	3
Gynécologie - Obstétrique	13
Gynécologie médicale	1
Médecine générale	98
Ophthalmologie	8
Oto-rhino-laryngologie	7
Pathologies cardio-vasculaires	7
Pédiatrie	6
Pneumologie	1
Psychiatrie	7
Radiologie	8
Rhumatologie	3
Stomatologie	3
Total	192

Chez les médecins âgés de « 55 ans et plus » et de « 60 ans et plus », les médecins généralistes sont les plus nombreux, conformément à la démographie médicale globale. Les populations les plus importantes, toutes catégories confondues, sont ensuite les gynécologues-obstétriciens, les anesthésiologistes-réanimateurs. Dans la population des médecins libéraux de « 55 ans et plus », les autres spécialités les plus représentées sont les ophtalmologistes, les spécialistes en pathologies cardiovasculaires.

S'ajoute

En ce qui concerne les médecins libéraux et salariés de classe d'âge supérieure à 55 ans, on compte parmi les plus nombreux les psychiatres, les chirurgiens généralistes, les pédiatres (ainsi que les autres spécialités médicales).

VII. ANNEXE IV : Contribution de l'URPS médecins et de l'ADGUPS à la PDS (sous-comité médical du 09 juin 2011)

URPS DES MEDECINS LIBERAUX DE LA GUADELOUPE

NOTE CONCERNANT L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS.

Les médecins généralistes ont depuis tantôt toujours su, dans des conditions de pénibilité, organiser la continuité et la permanence des soins en Guadeloupe avec un dévouement et une abnégation qui méritent d'être reconnus.

Les médecins libéraux de la Guadeloupe représentés par l'URPS des médecins affirment leur volonté que soit maintenue en l'état, l'organisation sectorielle de la permanence des soins, compte-tenu des besoins de santé de la population guadeloupéenne.

Les médecins libéraux, soucieux de l'application effective de la régulation médicale libérale imposée par la loi, affirment également leur souhait que l'offre de soins de la permanence des soins ne soit pas soumise à un système concurrentiel, mobilisant des acteurs multiples dont les intérêts seraient divergents.

Après analyse concertée permettant de déterminer les facteurs limitants l'optimisation de l'offre de soins dans le cadre de la permanence des soins, l'URPS des médecins propose :

- 1) En partenariat avec l'ADGUPS, son concours pour l'amélioration de la gestion et de l'organisation de l'offre dans les secteurs en tenant compte de leur spécificité avec notamment les actions suivantes :
 - La mise en place d'une rémunération forfaitaire complémentaire de déplacement pour la création d'une liste « de médecins mobiles » volontaires pour réaliser d'une part des gardes dans d'autres secteurs que le leur, en cas de défection, d'autre part des visites à domicile en cas de besoin.
 - Un rapport trimestriel devra être soumis au bureau de l'URPS et au président de l'ADGUPS par chaque médecin coordonnateur local de secteur, en notifiant notamment, les incidents survenus au cours du trimestre échu dans leur secteur.
- 2) La mise en place de moyens permettant la création dans chaque maison médicale de gardes, d'une réserve de produits pharmaceutiques (médicaments fréquemment prescrits) permettant de délivrer aux patients des médicaments permettant d'initier un traitement uniquement en cas d'absence de pharmacie de garde à proximité de la maison médicale de garde.
- 3) Un engagement et une participation pour la réorganisation des moyens dédiés à la PDS, en finançant en partenariat avec les municipalités concernées, aux fins d'une dynamisation de l'activité, la relocalisation et la modernisation de certaines maisons médicales de gardes.

CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DU DISPOSITIF LIBERAL DE LA PERMANENCE DES SOINS

Afin d'améliorer le volet libéral de la PDS, l'ADGUPS a entrepris un certain nombre d'actions.

La sectorisation actuelle nous semble tout à fait répondre aux besoins de la population en terme de proximité de la réponse médicale. Nous souhaitons qu'elle soit maintenue. En effet, il faut maintenir des durées de déplacement cohérentes tant pour le médecin de garde, que pour le patient, quand l'un ou l'autre se déplace. Une centralisation plus forte des points d'accueil PDS risque de complexifier les problèmes plutôt que de les résoudre : les grandes distances à parcourir sont susceptibles d'entraîner une difficulté d'accès aux soins pour les patients les plus modestes, parfois sans moyen de locomotion et qui doivent compter sur la solidarité familiale ou du voisinage pour se rendre chez le médecin de garde ; ces grandes distances à parcourir pour les médecins en cas de visites à domicile, notamment le soir, peuvent finalement les décourager et les faire opter pour le non-volontariat.

En partenariat avec l'URPS et certaines collectivités, nous avons engagé des actions afin de donner un nouvel élan à la PDS en Guadeloupe.

Notre initiative relève de trois niveaux :

- Une réorganisation institutionnelle,
- Une gestion de « l'équipe médicale »,
- Une réorganisation des moyens.

REORGANISATION INSTITUTIONNELLE

L'ADGUPS a souhaité associé de manière plus forte les médecins participants aux décisions collectives et aux orientations que doit prendre la PDS. A cet effet, les statuts de l'association ont été modifiés afin de permettre aux syndicats de médecins et aux secteurs de garde d'être représentés au conseil d'administration, (AG du 28/04/2011).

GESTION DE L'EQUIPE MEDICALE

Notre expérience montre que la dynamisation des médecins passe par un contact de proximité avec un coordonnateur local.

Jusque là, la coordination médicale, véritable pivot de l'organisation était centralisée sous la responsabilité d'un seul médecin. L'action de cette coordination médicale centralisée était souvent inaudible au plan local. Nous avons décidé d'installer, dans chaque secteur, un coordonnateur médical local. Son rôle est principalement de veiller à la tenue d'un tableau de garde cohérent. Cette décision a eu des effets positifs immédiats dans les secteurs réputés difficiles. Ainsi, dans le secteur 2, le Dr RHINAN a pu en quelques jours concevoir un tableau de garde complet. La véritable satisfaction, vient du secteur 5 où le tableau de garde n'était rempli qu'au tiers depuis plusieurs années. Le Dr Micheline BRARD, coordinatrice médicale de ce

secteur, a réussi en quelques jours à livrer un tableau de garde avec un taux de remplissage de près de 80%, en ayant presque doublé le nombre de médecins effecteurs. Les plages de gardes restantes seront attribuées au jour le jour. Pour réussir leur mission, ces médecins coordonnateurs locaux ont tout simplement fait jouer les relations personnelles et confraternelles qu'ils ont tissé depuis de nombreuses années avec leurs confrères issus du même secteur. Ce qui n'était pas le cas dans cadre d'une coordination centralisée.

REORGANISATION DES MOYENS

Certaines MMGs souffrent véritablement de leur positionnement géographique. Il est reconnu qu'une MMG implantée judicieusement, répondra plus efficacement aux besoins de la population (Voir le cas de la MMG du Moule).

Deux secteurs font dans un premier temps l'objet d'une attention particulière.

Le secteur 4 avec sa MMG à Capesterre Belle Eau : Un fort pourcentage de médecins du secteur participe à la PDS. La MMG, fruit d'une convention avec l'hôpital local, est installée dans un secteur difficile d'accès. Ne la trouvant pas, certains patients préfèrent aller directement à l'hôpital.

Avec le concours de l'URPS, et de la municipalité de Capesterre Belle Eau, nous avons entrepris de délocaliser cette MMG.

Ce projet sera finalisé à la fin du mois d'août 2011.

Le secteur 5 voit son nombre de médecins volontaires doublé. La MMG de Basse-Terre souffre également d'une difficulté d'accès en raison de l'absence de parking. Un projet de délocalisation est également en cours d'élaboration. Nous sommes en pourparlers très avancés avec les responsables d'un centre de santé très connu de la région de Basse-Terre et qui sont prêts à accueillir la MMG dans leur établissement.

Telles sont donc les actions menées par notre association pour améliorer le dispositif de la PDS et nous souhaitons continuer à être soutenus pour mener à bien notre mission.

Je terminerai en affirmant que l'ADGUPS a acquis depuis quelques années une véritable expertise en matière de PDS. Son action sur les deux leviers que sont d'une part la Régulation

Libérale et d'autre part les Maisons Médicales de Garde, permettent de couvrir de manière tout à fait efficace les besoins de la population. L'action l'ADGUPS s'inscrit dans le droit fil de la volonté des tutelles : Continuer à apporter à nos concitoyens des soins de qualité tout en luttant contre le gaspillage.

C'est pourquoi, nous sommes contre tout projet de privatisation de la PDS, contre toute installation de structure privée dans la PDS, structures privées qui ne sont animées que par une logique commerciale, de rentabilité, poussant les patients à une surconsommation médicale effrénée et dérégulée, qui va à l'encontre de notre volonté à tous pour une maîtrise médicalisée des coûts de la santé.

Fait aux Abymes, le 9 Juin 2011

Le Président de l'ADGUPS,



Dr Jean-Claude GBENOU

VIII. ANNEXE V : Préconisations du SIAGETS pour la filière « transports sanitaires » (sous-comité transports sanitaires du 10 juin 2011)



**SYNDICAT INTERDEPARTEMENTAL ANTILLES - GUYANE
DES ENTREPRISES DE TRANSPORTS SANITAIRES**

ETAT DES LIEUX & PRECONISATIONS POUR LA FILIERE

« TRANSPORTS SANITAIRES »

2 février 2011

Quelques éléments à retenir :

- 43 entreprises (essentiellement de Très Petites Entreprises), 250 salariés, et un marché très exigu, vu notre insularité,
- Une prolifération de transporteurs non sanitaires, non assujettie à la même réglementation, mais effectuant le même « métier »,
- Une augmentation significative de la masse salariale depuis 2009 et la signature de l'accord BINO pour arriver à son paroxysme en mars 2012 (200€ mensuel), soit 20% en 3 ans,
- L'absence d'une convention collective de branche, qui faudra combler, avec ses conséquences sur nos entreprises,
- Un prix du carburant en augmentation constante, depuis le dégelé des prix (janvier 2010),

Le contexte économique actuel nécessite pour cette filière de trouver un nouveau modèle économique pérenne et, pour cela, elle doit être accompagnée à court terme par les pouvoirs publics.

I. Un enjeu fondamental : améliorer le taux de production de nos entreprises

Un des problèmes majeurs de la filière à l'heure actuelle est le taux de production de nos entreprises qui ne dépasse pas les 40 à 50%. Conscient des besoins de développement et de structuration, le SIAGETS souhaite accompagner ses entreprises adhérentes à augmenter significativement leur taux de production. Pour cela, le SIAGETS préconise les actions suivantes :

1/ Améliorer l'organisation des sorties hospitalières :

Il n'existe à ce jour aucune programmation et aucun lissage des sorties hospitalières. Trop souvent, les patients ou les documents nécessaires à leur prise en charge ne sont pas prêts. Nos ambulanciers perdent ainsi beaucoup de temps, ce qui impacte fortement notre taux de production.

- Un système de régulation et de lissage adapté est nécessaire afin de réduire au maximum ces pertes de temps.

2/ Développer le co-voiturage pour le transport assis :

Le transport assis représente 60% des déplacements en transport sanitaire, dont 90% sont déclenchés par des personnes ayant une affection longue durée et subissant des traitements itératifs : chimiothérapie, radiothérapie, hémodialyse et rééducation fonctionnelle.

Compte-tenu de sa tarification, le transport assis n'est pas rentable lorsqu'il est effectué sur des courtes distances (moins de 20km). Le co-voiturage est un bon outil en ce sens, et ce d'autant plus qu'il intègre une forte dimension écologique. Il se prête aux quatre types de pathologies citées ci-dessus.

- Un développement du co-voiturage pour ces 4 pathologies permettrait d'optimiser et de mutualiser les dépenses et les gains, avec une économie estimée à 38% pour l'Assurance Maladie.

Contact : Franck LASSERRE, président du SIAGETS – Tél. : 06 90 56 14 72 – franck.lasserre4@orange.fr

SIAGETS

**SYNDICAT INTERDEPARTEMENTAL ANTILLES – GUYANE
DES ENTREPRISES DE TRANSPORTS SANITAIRES**

3/ Optimiser la prise en charge des urgences pré-hospitalières :

Nous devons repenser le modèle économique de l'urgence pré-hospitalière, en travaillant avec une enveloppe fermée et une redéfinition des secteurs, permettant une redistribution optimisée.

- Nos entreprises sont prêtes à s'engager sur un contrat d'objectif de 5% maximum de carences. Le SIAGETS, avec le concours de l'ATSU971, propose de mener cette expérimentation.

4/ Développer les compétences pour organiser l'ensemble des transports :

La logistique de coordination n'existe pas actuellement. Les compétences d'un coordinateur sont indispensables pour mener à bien les 3 préconisations faites ci-dessus, et assurer le distinguo entre la prise en charge des hospitalisations d'une part, et l'organisation des consultations et du co-voiturage d'autre part.

- Il est nécessaire de mettre en place un coordinateur compétent afin d'optimiser les différents modes de prise en charge.

II. Un accompagnement par l'ARS est nécessaire

L'effet des mesures préconisées ci-dessus par le SIAGETS ne pourront être mesurables qu'à long terme. Durant cette phase de changement, il est indispensable que les différents services concernés permettent à nos entreprises de mener sereinement ce travail de fond en 2011 et 2012. Pour cela, des mesures de soutien pourraient être mises en place immédiatement.

Deux mesures d'urgence pourraient aller dans ce sens :

- **Mettre en place la dématérialisation des documents administratifs (facturation Assurance Maladie)**
- **Limiter l'abattement pour les transports simultanés de moins de 20 km : l'abattement de 40% pour 3 personnes pourrait être ramené à 10%, et l'abattement de 25% pour 2 personnes ramené à 5%.**

OBJECTIFS :

**ATTEINDRE 80% DE TAUX DE PRODUCTION DANS NOS ENTREPRISES
INVERSER CETTE COURBE INCESSANTE D'AUGMENTATION DES DEPENSES DANS LE DOMAINE DU
TRANSPORT, CE QUI SERAIT PROFITABLE A L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU SYSTEME DE PROTECTION
SOCIALE.**

**NOUS SOMMES BIEN DANS LE PROCESSUS GAGANT-GAGNANT :
MOINS DE DEPENSES POUR L'ASSURANCE MALADIE ET PLUS DE RENTABILITE POUR LES ENTREPRISES**

IX. ANNEXE VI : Décision de la MRS portant classement des zones en fonction de leur dotation en infirmiers libéraux (25 juin 2009)

Annexe : Région Guadeloupe
 Décision de la mission régionale de santé portant classement des zones en fonction de leur dotation en infirmiers libéraux

A) Zones très sous-dotées

COMMUNE	
NOM	NUMERO
Bouillante	97106
Deshaies	97111
Pointe-Noire	97121
Vieux-Habitants	97134

B) Zones sous-dotées

COMMUNE	
NOM	NUMERO
Saint-Louis	97126

C) Zones à dotation intermédiaire

COMMUNE /COM	
NOM	NUMERO
Les Abymes	97101
Anse Bertrand	97102
Baie-Mahault	97103
Baillif	97104
Capesterre-Belle-Eau	97107
Capesterre-de-Marie-Galante	97108
Gourbeyre	97109
Grand-Bourg	97112
Le Gosier	97113
Goyave	97114
Morne-à-l'Eau	97116
Le Moule	97117
Petit-Bourg	97118
Petit-Canal	97119
Port-Louis	97122
Saint-Barthélemy	977
Saint-Claude	97124
Saint-François	97125
Saint-Martin	978
Sainte-Anne	97128
Sainte-Rose	97129
Terre de Bas	97130
Trois-Rivières	97132

D) Zones très dotées

COMMUNE	
NOM	NUMERO
Basse-Terre	97105
La Désirade	97110
Lamentin	97115

E) Zones sur-dotées

COMMUNE	
NOM	NUMERO
Pointe-à-Pitre	97120
Terre de Haut	97131
Vieux Fort	97133

X. ANNEXE VII : Qu'est-ce qu'une MSP, un centre de santé ?

Circulaire NOR N°EATV1018866C

- Cahier des charges national des maisons de santé
- Conclusions du CIADT du 11 mai 2010.

27 juillet 2010

ANNEXE II

DGOSIPF3/PdS MSP PF3 R2 RB 19 07 10

Caractéristiques de fonctionnement et d'organisation des projets de maisons de santé pluri-professionnelles

Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) diffèrent entre elles à plusieurs égards : nombre et types de professionnels associés, organisation, modalités de fonctionnement, projets de santé, etc.

Néanmoins, pour prétendre aux financements spécifiques, les structures sont dans l'obligation de respecter un socle minimal de critères.

Socle minimal obligatoire pour toute MSP financée

La maison de santé est le lieu principal d'exercice des professionnels de santé de façon à favoriser la mutualisation des fonctions support.

La maison de santé est clairement identifiable par la population. L'ensemble des professionnels partenaires formalisent un projet de santé qui fait état :

I – DU DIAGNOSTIC DES BESOINS DE SANTE DU TERRITOIRE

Les professionnels prennent en compte les besoins de santé du territoire et proposent un projet de santé en cohérence avec le volet ambulatoire du SROS

II - DE L'ORGANISATION DE LA STRUCTURE

II 1) – le projet professionnel :

- L'exercice est pluri-professionnel : la structure ou le projet doivent comprendre au minimum deux médecins et un professionnel paramédical (infirmier, masseur kinésithérapeute, ...).
- La MSP formalise l'organisation du travail entre les différents professionnels de la structure;
- La MSP s'engage à accueillir et à encadrer des professionnels de santé en formation (étudiants en médecine en stage de 2ème cycle, internes, étudiants infirmiers...)

II 2) – l'organisation de la prise en charge des patients

A – La prévention

La MSP propose :

- Des actions de prévention : promotion de la santé, éducation thérapeutique...
- Une information et une orientation des patients en fonction de leurs besoins et de leurs attentes.

B – La prise en charge pluri-professionnelle et coordonnée.

- La MSP a mis en place des moyens pour organiser la prise en charge globale et coordonnées des patients : organisation de réunions pluri-professionnelles régulières, élaboration de protocoles de prise en charge.

C. La coordination des soins avec les autres acteurs de santé du territoire

- La MSP a conclu des partenariats avec les autres acteurs du territoire : acteurs de santé, médico-sociaux et sociaux (hôpital, SSIAD, autres MSP, CLIC etc.)

D – La continuité des soins

• La MSP propose une organisation permettant de répondre aux demandes de soins non programmées en dehors des horaires de PDS, par exemple :

1. une large amplitude horaire d'ouverture ;
2. des consultations non programmées,

E – Le dispositif d'information :

La maison de santé s'engage :

• à mettre en place un dispositif de partage d'informations sécurisé, informatisé ou non, pour ses besoins propres de gestion et de coordination entre professionnels de la structure. Ce dispositif favorise la continuité des soins, notamment en cas d'absence d'un médecin.

ANNEXE III

DGOS/PF3/PdS MSP IM JM 10 06 2010

LE PROJET DE SANTE DES MAISONS DE SANTE ET DES CENTRES DE SANTE

Les articles L. 6323-1 et L. 6323-3⁵² du code de la santé publique (CSP) imposent aux centres de santé et aux maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) de se doter d'un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné.

Concernant les MSP, c'est au travers des objectifs et de l'organisation décrits dans le projet de santé que sera effectuée *la distinction entre la structure et un simple regroupement de professionnels de santé en un même lieu*, à l'instar des cabinets de groupe. A cette fin, le projet de santé témoigne d'un *exercice coordonné entre tous les professionnels de santé de la structure ou participant à ses activités* (service de soins infirmiers à domicile, réseaux, services divers). Dans ces conditions, lorsque le projet émane d'une MSP gérée par un établissement de santé, il se distingue du projet d'établissement.

Seules les structures pluri-professionnelles ayant élaboré un projet de santé peuvent se prévaloir de la dénomination de « centres de santé » ou de « maisons de santé » et bénéficier, sous réserve d'une contractualisation avec l'agence régionale de santé, des financements versés par l'ARS.

Toutefois, tout projet de santé peut être amené à évoluer en fonction de l'évolution de la structure, elle-même dépendante des besoins et de l'offre du territoire. Au démarrage d'un service de santé, le projet de santé peut donc être un document simple dans son contenu même s'il respecte la structure ci-dessous présentée et évoluer après quelques années de fonctionnement jusqu'à un document très complet prenant en compte de manière détaillée et dans une perspective de stratégie médicale, l'offre proposée par la structure et l'impact attendu sur son environnement.

I / LES MODALITES D'ELABORATION ET DE VALIDATION DU PROJET DE SANTE

Le projet de santé est élaboré par l'ensemble des professionnels exerçant au sein de la structure. Cette modalité d'élaboration commune est d'autant plus recommandée qu'elle constitue un élément fortement fédérateur entre les professionnels.

Le projet, validé par tous les professionnels de la structure, est transmis au Directeur général de l'ARS. Il peut ainsi, éventuellement, être utilisé en appui à l'élaboration du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens que la structure est amenée à conclure avec l'agence, préalablement à l'octroi d'un financement versé par l'ARS.

⁵² Article L. 6323-1 : « Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. »
Article L. 6323-3 : « Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1432-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé. »

II / LE CONTENU DU PROJET DE SANTE

1) Le diagnostic préalable des besoins

L'organisation de la structure est définie à partir d'un diagnostic des besoins du territoire.

a - Les modalités de réalisation du diagnostic au regard de la population

Le projet de santé s'appuie sur un diagnostic des besoins du territoire

Les besoins du territoire figurent dans le volet ambulatoire du schéma régional de l'offre de soins (SROS) et les projets s'inscrivent dans les objectifs de ce schéma.

Le projet décrit les moyens utilisés pour établir ce diagnostic (appui de l'ARS, concertation avec les acteurs concernés : professionnels du champ sanitaire, médico-social et sanitaire, usagers...)

b - les missions et activités de la structure

En réponse au diagnostic établi, le projet indique les missions spécifiques portées par la structure : soins, prévention, éducation à la santé, formation, information, suivi...

2) Le projet de santé de la structure

Le projet de santé de la structure s'articule autour d'un projet professionnel et d'un projet d'organisation de la prise en charge.

A - Le projet professionnel

Le management de la structure

Le projet indique les différentes catégories de professionnels (médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, les médico-sociaux et administratifs) qui participent au fonctionnement de la structure. Il précise en outre ceux, parmi les professionnels de santé, qui exercent à temps plein et à temps partiel ainsi que, si le cas se présente, ceux qui sont disposés à intervenir ponctuellement : médecins hospitaliers dans le cadre de consultations avancées, spécialistes, par exemple...

Le projet professionnel décline l'organisation interne et les responsabilités de chacun au sein de la structure.

L'organisation de la pluri-professionnalité

Le projet précise les mesures mises en place pour assurer une coordination optimale entre les différents professionnels de la structure : dispositif de partage d'information (voir infra), réunions pluri-professionnelles, mise en place d'une formalisation de la coordination des soins autour du patient, protocolisation entre professionnels de différentes disciplines ; coopérations interprofessionnelles mises en œuvre au sens de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique.

La mise en œuvre du dispositif d'information

Le projet décrit :

- l'organisation mise en place afin de faciliter l'accès du patient aux informations médicales le concernant : information du patient sur son droit d'accès, protocole d'archivage des dossiers médicaux, modalités de conservation des dossiers, sort des dossiers en cas de fermeture de la structure et, le cas échéant, proposition d'un formulaire de demande, désignation d'une personne référente identifiée chargée de traiter les demandes ;

- les modalités de partage de ces informations de santé (existence ou non d'un système d'information informatisé) entre les professionnels exerçant dans la maison ou le centre de santé, ou éventuellement avec les autres acteurs du territoire, dans le respect des règles de confidentialité (clés d'accès sécurisées, habilitation...) ainsi que le dispositif d'information mis en œuvre permettant également de répondre aux besoins de gestion de la structure ;

- le protocole mis en place afin de garantir l'information des patients sur les conditions de partage entre professionnels de santé des informations de santé les concernant.

Le développement professionnel continu – La démarche qualité

Le projet précise les modalités, si elles existent, visant à favoriser le développement

professionnel continu des professionnels de la structure ainsi que toutes les démarches d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques (participation à des groupes d'analyse de pratiques, enquêtes de satisfaction auprès des patients, labellisation,...).

L'accueil d'étudiant - La recherche

Sont déclinées ici les mesures prises en vue d'assurer la participation de la structure à la formation des étudiants à l'exercice pluri-professionnel (terrains de stage, formateurs, liens avec l'université et les écoles) ainsi que les mesures prises pour répondre aux demandes d'hébergement des étudiants et des stagiaires (mise à disposition d'un studio, indemnité...). Est précisée enfin la participation éventuelle à des activités de recherche en lien avec l'université.

B - Le projet d'organisation de la prise en charge

L'accès aux soins

Le projet indique :

- les mesures prises pour faciliter l'accès de tous aux soins et, plus particulièrement, des personnes en situation de précarité et des personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge ;
- le cas échéant, les actions de communication mises en place, en conformité avec les règles de déontologie (en partenariat avec les ARS et les collectivités locales, éventuellement), en faveur des usagers pour les informer des possibilités de prise en charge offertes par la structure et de l'existence d'une offre aux tarifs opposables ;

La continuité des soins

Le projet précise l'organisation mise en place pour répondre aux demandes de soins non programmées, en dehors des heures de permanence des soins :

- amplitude des horaires d'ouverture
- possibilité de consultations non programmées

Sont également prévues les modalités d'information des patients sur l'organisation mise en place dans le territoire aux heures de permanence des soins ambulatoire.

Le projet précise également les modalités de prise en charge du patient par l'ensemble des médecins de la structure, même en cas d'absence de son médecin habituel.

La coopération et la coordination externe

Sont ici précisées les relations de la structure, effectives ou en projet (convention, association, création d'un groupement sanitaire de coopération, d'un pôle de santé, d'un réseau de santé...), avec les partenaires du territoire : établissements et services sociaux ou médico-sociaux, structures sanitaires, associations... ; ces relations facilitent l'orientation du patient.

La qualité de la prise en charge

Le projet de santé prévoit le recueil de données médicales permettant d'évaluer la qualité de la prise en charge au travers des pratiques individuelles et collectives mises en œuvre au sein de la structure. Ces données sont recueillies, le cas échéant, dans le cadre du système d'information mis en place.

Les nouveaux services du projet d'organisation de la prise en charge

Le projet indique, le cas échéant,

- les activités innovantes associées à la prise en charge des patients : éducation thérapeutique, télésurveillance au domicile des patients,... ;
- les mesures prises pour faciliter l'accès à des spécialités ou techniques particulières (notamment grâce à la télémédecine) soit par une réponse propre, soit par conventions passées avec d'autres structures (centre de radiologie, laboratoire de biologie médicale,...).

XI. ANNEXE VIII : Calcul des zones fragiles-travaux de l'ORSAG

Colonne 1	Population légale en vigueur en 2011	indicateurs de besoins de santé										indicateurs d'offre de santé					SCORE FINAL	CLASSEMENT DE LA COMMUNE		
		natalité	Colonie2	taux de mortalité	score commune mortalité	Population légale2	Personnes âgées de 65 ans ou plus	score commune personnes âgées	ALD	score commune ALD	score commune CMU	Omni prat	score commune Omniprat	Infirmières	score commune Infirmières	Kinés			score commune Kinés	
																				effectif
année ou période	au 1er janvier 2008	2006		2005-2008		rp 2007	2007		au 31/12/2010		au 31/12/2010		2009	score	2009	score	2009	score		
nature de l'indicateur	effectif	taux pour 1000 habitants		taux annuel pour 100 000 habitants		effectif	nombre de bénéficiaires pour 100 habitants de la commune		nombre de bénéficiaires pour 100 habitants de la commune		nombre de bénéficiaires pour 100 habitants de la commune		densité pour 100 000 habitants		densité pour 100 000 habitants		densité pour 100 000 habitants			
COMMUNE ou COM																				
VIEUX-FORT	1 816	9	0	843	2	1770	14%	2	14%	1	22%	0	0	3	55	3	110	0	11	1
PORT-LOUIS	5 521	16	3	844	2	5466	15%	2	17%	3	36%	3	18	3	217	0	0	3	19	3
LAMENTIN	16 079	10	0	585	0	1578	11%	0	13%	1	22%	0	25	3	106	2	44	2	8	0
CAPESTRE M/GTE	3 540	13	0	1031	3	3455	18%	3	14%	1	26%	2	28	3	0	3	0	3	18	3
SAINT-LOUIS	2 932	17	3	168	0	2810	20%	3	15%	2	24%	1	34	3	0	3	34	3	18	3
PETIT CANAL	8 245	13	1	636	2	8243	11%	0	14%	2	27%	2	36	3	98	2	67	1	13	2
VIEUX-HABITANTS	7 885	16	3	736	2	7684	15%	2	18%	3	35%	3	38	3	190	0	38	2	18	3
BOUILLANTE	7 650	16	2	722	2	7536	14%	2	17%	3	36%	3	39	3	118	2	39	2	19	3
CAPESTRE BE	19	17	3	738	2	1952	13%	1	17%	3	36%	3	41	3	215	0	36	2	17	3

	552					0															
ANSE-BERTRAND	4 740	12	0	689	2	4712	16%	3	17%	3	23%	1	42	2	211	0	0	3	14	2	
DESHAIES	4 418	12	0	1476	3	8088	14%	1	15%	2	25%	1	45	2	204	0	45	2	11	1	
SAINTE-ROSE	19 823	12	0	4227	3	1973	8	12%	1	13%	1	28%	2	45	2	156	1	35	3	13	2
GOYAVE	7 890	19	3	2188	3	2719	3	11%	0	10%	0	29%	2	51	2	76	3	51	2	15	2
MOULE	21 616	13	1	967	3	2131	8	13%	1	16%	2	28%	2	51	2	190	1	56	1	13	2
MORNE-A-L'EAU	17 285	15	2	629	0	1687	5	15%	2	16%	2	27%	2	52	2	139	1	29	3	14	2
BAILLIF	5 680	15	2	715	2	5836	18%	3	18%	3	32%	3	53	2	35	3	53	2	20	3	
SAINTE-ANNE	23 805	19	3	1091	3	2309	5	12%	1	13%	1	23%	1	55	2	122	2	46	2	15	2
POINTE-NOIRE	7 213	13	1	976	3	7115	17%	3	18%	3	38%	3	55	1	139	1	55	1	16	3	
ABYMES	59 997	17	3	654	2	5940	4	11%	0	15%	2	31%	3	57	1	127	2	27	3	16	3
PETIT-BOURG	22 529	15	2	586	0	2128	3	12%	1	12%	0	20%	0	58	1	182	1	146	0	5	0
SAINT-MARTIN	37 163	25	3	292	0	3592	5	4%	0	7%	0	19%	0	59	1	81	3	54	1	8	0
GOURBEYRE	8 375	14	2	647	2	5674	17%	3	14%	1	25%	1	60	1	96	3	60	1	14	2	
DESIRADE	1 652	10	0	846	2	1591	17%	3	15%	2	23%	1	61	1	182	1	61	1	11	1	
SAINT-CLAUDE	10 648	13	1	631	2	1054	8	14%	1	12%	0	17%	0	66	1	75	3	28	3	11	1
TROIS-RIVIERES	9 046	14	2	835	2	8884	14%	2	15%	2	28%	2	66	1	199	0	88	0	11	1	
GOSIER	27 391	17	3	118	0	4322	15%	2	14%	1	24%	1	73	0	113	2	88	1	10	1	
BAIE-MAHAULT	30 019	16	3	404	0	2837	9	7%	0	10%	0	16%	0	80	0	100	2	87	1	6	0
SAINT-FRANCOIS	14 313	14	2	351	0	1388	6	10%	0	12%	0	25%	1	84	0	154	1	105	0	4	0
SAINT-	8 823	11	0	469	0	8450	9%	0	5%	0	3%	0	91	0	136	2	113	0	2	0	

BARTHELEMY																				
TERRE-DE-BAS	1 076	13	0	995	3	1000	23%	3	8%	0	19%	0	93	0	186	1	0	3	10	1
TERRE-DE-HAUT	1 884	9	0	721	2	1854	12%	1	6%	0	16%	0	106	0	53	3	212	0	6	0
GRAND-BOURG	5 876	14	2	648	2	7661	8%	0	14%	1	26%	2	119	0	221	0	119	0	7	0
BASSE-TERRE	12 441	16	3	721	2	1245 1	15%	2	18%	3	32%	3	201	0	402	0	169	0	13	2
POINTE-A-PITRE	17 362	19	3	972	3	1740 8	16%	3	18%	3	34%	3	202	0	392	0	98	0	15	2
<i>median</i>		14		721			14%		14%		26%		55		137		53		13	
<i>quartile 1</i>		13		629			12%		12%		22%		41		96		35		10	
<i>quartile 3</i>		16		937			16%		17%		30%		71		190		88		16	
<i>minimum</i>		9		118			4%		5%		3%		0		0		0		2	
<i>maximum</i>		25		4227			23%		18%		38%		202		402		212		20	

			Omniprat	score commune Omniprat	Colonne5	Colonne1
				zones très fragiles		zones assez fragiles
VIEUX-FORT	2	1 816	0	3	11	1
PORT-LOUIS	1	5 521	18	3	19	3
LAMENTIN	1	16 079	25	3	8	0
CAPESTERRE M/GTE	1	3 540	28	3	18	3
SAINT-LOUIS	1	2 932	34	3	18	3
PETIT CANAL	1	8 245	36	3	13	2
VIEUX-HABITANTS	2	7 885	38	3	18	3
BOUILLANTE	2	7 650	39	3	19	3
CAPESTERRE BE	2	19 552	41	3	17	3
ANSE-BERTRAND	1	4 740	42	2	14	2
DESHAIES	1	4 418	45	2	11	1
SAINTE-ROSE	1	19 823	45	2	13	2
GOYAVE	1	7 890	51	2	15	2
MOULE	1	21 616	51	2	13	2
MORNE-A-L'EAU	1	17 285	52	2	14	2
BAILLIF	2	5 680	53	2	20	3
SAINTE-ANNE	1	23 805	55	2	15	2

densités des omnipraticiens inférieures à 30 % à la densité nationale (année 2008: 163 pour 100 000 habitants)

POINTE-NOIRE	1	7 213	55	1	16	3
ABYMES	1	59 997	57	1	16	3
PETIT-BOURG	1	22 529	58	1	5	0
SAINT-MARTIN	3	37163,00	59	1	8	0
GOURBEYRE	2	8 375	60	1	14	2
DESIRADE	1	1 652	61	1	11	1
SAINT-CLAUDE	2	10 648	66	1	11	1
TROIS-RIVIERES	2	9 046	66	1	11	1
GOSIER	1	27 391	73	0	10	1
BAIE-MAHAULT	1	30 019	80	0	6	0
SAINT-FRANCOIS	1	14 313	84	0	4	0
SAINT-BARTHELEMY	3	8 823,00	91	0	2	0
TERRE-DE-BAS	2	1 076	93	0	10	1
TERRE-DE-HAUT	2	1 884	106	0	6	0
GRAND-BOURG	1	5 876	119	0	7	0
BASSE-TERRE	2	12 441	201	0	13	2
POINTE-A-PITRE	1	17 362	202	0	15	2
ENSEMBLE		454 285				
TERRITOIRE 1		322 246				
TERRITOIRE 2		86 053				
TERRITOIRE 3		45 986				

ensemble du territoire

	<i>effectif</i>	<i>part</i>
Population en zone fragile	261 552	58%
Population en zone très fragile	119 970	26%

	ensemble	
Population de Guadeloupe et des COM vivant dans une zone dont la densité de médecins omnipraticiens est inférieure à 30 % à la densité nationale	<i>effectif</i>	418 606
	<i>part</i>	92%

	omnipraticiens	score final
<i>médiane</i>	55	13
<i>quartile 1</i>	41	10
<i>quartile 3</i>	71	16
<i>minimum</i>	0	2
<i>maximum</i>	202	20

XII. ANNEXE IX : Calcul du nombre théorique de véhicule de transports sanitaires dans le département et population par secteur (valable de 2007 à 2012 inclus)

Villes de plus de 10 000 habitants	Nbre d'habit. (INSEE 2010)
le Moule	21 318
les Abymes	59 404
Baie-Mahault	28 379
Basse-Terre	12 451
CBE	19 520
Le Gosier	27 193
Lamentin	15 785
Morne-À-L'eau	16 875
Petit-Bourg	21 283
PAP	17 408
Saint-Claude	10 548
St-François	13 886
Sainte-Anne	23 095
Sainte-Rose	19 738
Total Population	306 883
Soit rapporté à/5000	61,376
Arrondi	61

Soit un total de 108 véhicules
 Majoration de 10% = 10,8 = 118,8
 Arrondi à : 119 véhicules

Villes de moins de 10 000 habitants	Nbre d'habit. (INSEE 2010)
Anse-Bertrand	4 712
Baillif	5 836
Bouillante	7 536
Capest. M/G	3 455
Deshaies	4 322
La Désirade	1 591
Gourbeyre	8 088
Goyave	7 661
Grand-Bourg	5 674
Petit-Canal	8 243
Pointe-Noire	7 115
Port-Louis	5 466
Saint-Louis	2 810
Terre-de-Bas	1 000
Terre-de-Haut	1 854
3/Rivières	8 884
Vieux/fort	1 770
VX/Habitants	7 684
Total Population	93 701
Soit rapporté à/2000	46,85
Arrondi	47

Secteurs/communes	Population 2010	Secteurs/communes	Population 2010
Secteur 1		Secteur 6	
Les ABYMES	59 404	POINTE NOIRE	7 115
PAP	17 408	DESHAIES	4 322
GOSIER	27 193	LAMENTIN	15 785
BAIE-MAHAULT	28 379	SAINTE-ROSE	19 738
TOTAL SECTEUR 1	132384	TOTAL SECTEUR 6	46 960
Secteur 2		Secteur 9	
LE MOULE	21 318	MARIE-GALANTE	11 939
SAINTE-FRANCOIS	13 886	TOTAL SECTEUR 9	11 939
SAINTE-ANNE	23 095		
TOTAL SECTEUR 2	58 299		
Secteur 3		Secteur 7	
PORT-LOUIS	5 466	SAINTE-BARTHELEMY	
PETIT-CANAL	8 243	TOTAL SECTEUR 7	
MORNE-A-L'EAU	16 875	Secteur 8	
ANSE-BERTRAND	4 712	SAINTE-MARTIN	
TOTAL SECTEUR 3	35 296	TOTAL SECTEUR 8	
Secteur 4		Secteur 5	
PETIT-BOURG	21 283	BASE-TERRE	12 451
GOYAVE	7 661	BAILLIF	5 836
CAPESTERRE-B-E	19 520	SAINTE-CLAUDE	10 548
TROIS-RIVIERES	8 884	VX/HABITANTS	7 684
TOTAL SECTEUR 4	57 348	BOUILLANTE	7 536
		VX/FORT	1 770
		TOTAL SECTEUR 5	45 825

XIII. ANNEXE X : Mesures pour la répartition des professionnels de santé (Etat, collectivités territoriales, assurance maladie)

Mesures pour la répartition des professionnels : 1. de l'Etat (1/2)

	Références juridiques	Professionnels concernés	Critères liés au zonage	Autres critères	Modalités	Mise en Œuvre
Contrat d'engagement de service public	Article L. 632-6 du code de l'éducation et Décret relatif aux CESP du 29 juin 2010	Etudiants en médecine admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement au cours des études	<ul style="list-style-type: none"> > Zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons, centres et pôles de santé (zones prévues à l'art. L1131-7 code de la santé publique); > En priorité les zones de revitalisation rurale (voir : http://www.territoires.gouv.fr/zone-de-revitalisation-rurale) et les zones urbaines sensibles (voir http://sig.ville.gouv.fr/Atlas/ZUS/) 	Chaque année, un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale détermine le nombre d'étudiants qui peuvent signer un CESP avec le Centre national de gestion. Par ailleurs, la durée de l'engagement de l'étudiant est égale à celle pendant laquelle l'allocation a été versée et ne peut être inférieure à deux ans	La signature d'un contrat d'engagement de service public ouvre droit à une allocation mensuelle versée par le centre national de gestion jusqu'à la fin de leurs études médicales. En contrepartie de cette allocation, les étudiants s'engagent à exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de leur formation dans les lieux d'exercice précis. Les lieux d'exercice ouverts aux internes ayant signé un CESP sont déterminés comme suit : <ul style="list-style-type: none"> > sur proposition des DG d'ARS > dans la limite de plafonds annuels régionaux > selon des modalités fixées par le ministre de la santé 	Centre National de Gestion et ARS
Exonération d'impôt sur les sociétés ou sur les revenus	<ul style="list-style-type: none"> > Article 8 Loi n° 2005-157 du 23 février 2005 > Article 44 sexies du code général des impôts > 1 de l'article 92 du code général des impôts > Article 1465 A du code général des impôts 	Professions libérales qui ont créé leur activité nouvelle à compter du 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2010 en ZRR	En zones de revitalisation rurale définies à l'article 1465 A du code général des impôts (voir : http://www.territoires.gouv.fr/zone-de-revitalisation-rurale)	Le siège social ainsi que l'ensemble de l'activité et des moyens d'exploitation doivent être implantés dans ces zones (sinon voir conditions dégressives) Le professionnel doit s'être installé avant le 31 décembre 2010 L'activité doit être nouvelle, ce qui exclut la restructuration, l'extension ou la reprise d'activité.	Exonération d'impôt sur les revenus ou sur les sociétés à raison des bénéfices réalisés (hors plus-values constatées lors de la réévaluation des éléments d'actif) jusqu'au terme du cinquante-neuvième mois suivant celui de leur création : Ces bénéfices sont soumis à l'impôt sur le revenu ou à l'impôt sur les sociétés à hauteur de 40 %, 60 % ou 80 % de leur montant selon qu'ils sont réalisés respectivement au cours des cinq premières, des sixième et septième ou des huitième et neuvième périodes de douze mois suivant cette période d'exonération.	Vérifier les conditions auprès services fiscaux
		Professions libérales soumises à l'impôt sur les sociétés, qui ont créé leur activité nouvelle à compter du 1er janvier 2007 et le 31 décembre 2013 en zone d'aide à finalité régionale	En zone d'aide à finalité régionale définies par le décret n° 2007-132 du 7 mai 2007	Le professionnel doit être soumis à l'impôt sur les sociétés L'activité doit être nouvelle, ce qui exclut la restructuration, l'extension ou la reprise d'activité.	Exonération d'impôt sur les sociétés à raison des bénéfices réalisés (hors plus-values constatées lors de la réévaluation des éléments d'actif), jusqu'au terme du vingt-troisième mois suivant celui de leur création : ces bénéfices ne sont soumis à l'impôt sur les sociétés que pour le quart, la moitié ou les trois quarts de leur montant selon qu'ils sont réalisés respectivement au cours de la première, de la seconde ou de la troisième période de douze mois suivant cette période d'exonération.	

Mesures pour la répartition des professionnels :
1. de l'Etat (2/2)



Direction générale de l'offre de soins

	Références juridiques	Professionnels concernés	Critères liés au zonage	Autres critères	Modalités	Mise en Œuvre
Exonération d'impôt sur le revenu / PDSA	Article 151 ter du code général des impôts, issu de l'article 109 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 et relative au développement des territoires ruraux	Les médecins ou leurs remplaçants participant à la permanence des soins ambulatoire	Zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons, centres et pôles de santé (zones prévues à l'art. L1434-7 code de la santé publique et dans l'attente de la parution du SROS, art L 162-47 du code de la sécurité sociale)	Aucun	Exonération d'impôt sur le revenu des rémunérations à hauteur de 60 jours de permanence par an	Direction générale des impôts
Exonération de charges sociales	Exonération des cotisations patronales Article L 131-4-2 du CSS	Embauche d'un salarié par un cabinet	>Zones de redynamisation urbaine définies au A du 2 de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire (voir : http://ville.gouv.fr/referenc/423) >Zones de revitalisation rurale définies à l'article 1465 A du code général des impôts (voir http://www.territoires.gouv.fr/zone-de-revitalisation-rurale)	Aucun	Exonération d'une part de des cotisations patronales Sécurité Sociale pendant 12 mois, pour l'embauche d'un salarié dans un cabinet installé en zone de revitalisation rurale ou urbaine	Vérifier que les conditions sont remplies auprès de l'URSSAF du département
Exonérations de taxe professionnelle	>Article 7 Loi n° 2005-157 du 23 février 2005 >1er alinéa de l'article 92 du code général des impôts >Article 1465 A du code général des impôts	Professions libérales	>Création d'activité en zones de revitalisation rurale au sens de l'article 1465 A CG (voir : http://www.territoires.gouv.fr/zone-de-revitalisation-rurale) OJ >Création ou reprise d'activité dans une commune de moins de 2000 habitants	Cette exonération ne peut avoir pour effet de reporter de plus de cinq ans l'application du régime d'imposition de droit commun	Exonération de la cotisation foncière des entreprises, sauf délibération contraire de la commune ou de l'établissement public de coopération intercommunale doté d'une fiscalité propre	>Les communes ou leurs établissements publics de coopération intercommunale dotés d'une fiscalité propre
	>Article 1464 D du code général des impôts	>Médecins et auxiliaires médicaux (=mentionnés au livre Ier et au livre III de la quatrième partie du CSP) >Professionnels soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices non commerciaux qui, exerçant leur activité à titre libéral	>Zones de revitalisation rurale au sens de l'article 1465 A CGI (voir : http://www.territoires.gouv.fr/zone-de-revitalisation-rurale) OJ >Communes de moins de 2000 habitants	>A compter de l'année qui suit celle de leur établissement >La durée des exonérations ne peut être inférieure à deux ans et supérieure à cinq ans	Exonération de la cotisation foncière des entreprises par délibération de portée générale prise par les communes ou leurs établissements publics de coopération intercommunale cotés d'une fiscalité propre	>Les communes ou leurs établissements publics de coopération intercommunale dotés d'une fiscalité propre >Les professionnels apportent les justifications nécessaires au service des impôts compétent avant le 1er janvier de l'année qui suit celle de leur établissement.

Mesures pour la répartition des professionnels :
2. des collectivités territoriales (1/2)



Direction générale de l'offre de soins

	Références juridiques	Professionnels concernés	Critères liés au zonage	Autres critères	Modalités	Mise en Œuvre
Aides à l'installation ou au maintien des professionnels ou centres de santé	Articles L. 1511-8, R.1511-44 et R.1511-45 du code général des collectivités territoriales	Professionnels de santé	Zones définies en applications de l'art. L1434-7 du code de la santé publique et dans lesquelles est constaté un déficit en offre de soins = Zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons, centres et pôles de santé	En contrepartie de l'aide, le bénéficiaire s'engage par convention à exercer pendant au moins 3 ans en zone dite "déficitaire" Les conditions dans lesquelles l'aide prend fin sont prévues dans la convention	Concerne : 1° La prise en charge, en tout ou en partie, des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins 2° La mise à disposition de locaux destinés à cette activité ; 3° La mise à disposition d'un logement ; 4° Le versement d'une prime d'installation ; 5° Le versement, aux professionnels exerçant à titre libéral, d'une prime d'exercice forfaitaire.	>les collectivités territoriales et leurs groupements Décrets à mettre en conformité
		Organismes gérant les centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique			Concerne : 1° La prise en charge, en tout ou en partie, des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins 2° La mise à disposition de locaux destinés à cette activité.	

Mesures pour la répartition des professionnels :
2. des collectivités territoriales (2/2)



Direction générale de l'offre de soins

	Références juridiques	Professionnels concernés	Critères liés au zonage	Autres critères	Modalités	Mise en Œuvre	
Aides aux étudiants en médecine	indemnités de logement	Articles L. 1511-8 et D.1511-52 du code général des collectivités territoriales	Etudiants de troisième cycle de médecine générale	Zones définies en applications de l'art. L1434-7 du code de la santé publique et dans lesquelles est constaté un déficit en offre de soins = Zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons, centres et pôles de santé	Aide au logement, non cumulative avec la mise à disposition d'un logement	Ne peut excéder 20 % des émoluments forfaitaires mensuels de troisième année d'internat	> les collectivités territoriales et leurs groupements > seules ou conjointement
	indemnités de déplacement	Articles L. 1511-8 et D.1511-53 du code général des collectivités territoriales	Etudiants de troisième cycle de médecine générale	Zones définies en applications de l'art. L1434-7 du code de la santé publique et dans lesquelles est constaté un déficit en offre de soins = Zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons, centres et pôles de santé	Concerne les déplacements effectués dans le cadre de leur stage et des trajets entre leur lieu de résidence et leur lieu de stage	les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat sont fixées par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006	> les collectivités territoriales et leurs groupements > seules ou conjointement
	indemnités d'études et de projet professionnel	Articles L. 1511-8, D.1511-54, D.1511-55 et D.1511-56 du code général des collectivités territoriales	Etudiant, titulaire du concours de médecine, inscrit en faculté de médecine ou de chirurgie dentaire	Zones définies en applications de l'art. L1434-7 du code de la santé publique et dans lesquelles est constaté un déficit en offre de soins = Zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons, centres et pôles de santé	En contrepartie de l'aide, le bénéficiaire s'engage par contrat à exercer pendant au moins 3 ans dans une zone dite "déficitaire"	> Le montant annuel ne peut excéder les émoluments annuels de troisième année d'internat > Le montant total ne peut excéder la somme des montants annuels susmentionnés	> les collectivités territoriales et leurs groupements > seules ou conjointement > L'ARS et le représentant de l'Etat dans le département du futur lieu d'exercice sont informés du contrat

Mesures pour la répartition des professionnels :

3. de l'Assurance Maladie



Direction générale de l'offre de soins

	Références juridiques	Professionnels concernés	Critères liés au zonage	Autres critères	Modalités	Mise en œuvre
Médecins généralistes	<p>Arrêté du 23 mars 2007 portant approbation de l'avenant n°20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes</p> <p>et Arrêté du 3 mai 2010 portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale (art 6)</p> <p><i>Dispositif maintenu jusqu'à l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la démographie Intégrées à la nouvelle convention médicale</i></p>	Médecins généralistes libéraux	> Les zones mentionnées à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale, jusqu'à l'entrée en vigueur du SROS	<p>Les critères complémentaires pour bénéficier de l'option sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> > exercer en groupe > réaliser 2/3 de l'activité auprès de patients résidant dans la zone sous-médicalisée > demeurer au moins trois ans dans la zone 	<p>Majoration de 20% de l'activité (C+V) du professionnel dans la zone</p> <p><i>Dispositif transitoire prévu dans le cadre de la convention du 27 juillet 2011 pour les bénéficiaires de l'avenant n°20 non concernés par la nouvelle option démographique :</i></p> <p><i>Dégressivité des avantages sur deux ans à compter de l'entrée en vigueur du zonage pluri-professionnel (2/3 de l'aide forfaitaire la 1ère année, 1/3 de l'aide la 2^{ème})</i></p>	Caisse d'Assurance Maladie
Dérogation au parcours de soins	Moratoire médecin traitant Articles L.162-5-4 et D.162-1-8 CSS	Consultations d'un médecin généraliste	Zones mentionnées à l'article L.162-47 du code de la sécurité sociale et définies par l'ARS puis, à défaut ou du SROS, zones prévues à l'art. L1434-7 code de la santé publique ou (cf autres critères)	<ul style="list-style-type: none"> > Limité à 5 ans ET une des conditions suivantes <ul style="list-style-type: none"> > professionnel installé dans une zone mentionnée à l'article L.162-47 puis, à défaut ou du SROS, zone prévue à l'art. L1434-7 code de la santé publique > professionnel exerçant dans un centre de santé nouvellement agréé dans une zone définie par l'agence régionale de santé > professionnel installé pour la première fois en exercice libéral 	Pendant 5 ans, les consultations d'un médecin nouvellement installé ou exerçant dans un centre de santé nouvellement agréé et/ou exerçant dans une zone fragile sont exonérés des pénalités financières qui s'appliquent par cours de soins (patient n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de son médecin traitant).	Caisse d'Assurance Maladie
Infirmiers	<p>Adhésion individuelle à l'option conventionnelle « Contrat santé solidarité »</p> <p>Avenant n°1 de la convention infirmières Approuvé par l'Arrêté du 17 octobre 2008</p> <p><i>Dispositif maintenu jusqu'à l'entrée en vigueur des mesures démographiques de l'avenant n°3 à la convention</i></p>	Infirmiers libéraux conventionnés installés ou s'installant dans ces zones	zones "très sous-dotées" définies par la MRS	<ul style="list-style-type: none"> > Activité libérale conventionnelle réalisée au 1/3 dans la zone considérée ET > conditions précises d'activité (vaccinations, pathologies chroniques, télétransmission...) ET > exercice en groupe (au moins 2 IDEL conventionnés ou en cabinet ou maison de santé pluridisciplinaires) OU > exercice individuel d'un IDEL qui a recours à un infirmier remplaçant pour assurer la continuité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> > 300€ de participation par an pendant 3 ans à l'équipement du cabinet ou autre investissement professionnel (véhicule...) > Participation aux cotisations d'allocation familiale 	Caisse d'Assurance Maladie

**Nouvelles mesures pour la répartition des professionnels de l'Assurance Maladie
[mise en œuvre lors de la publication des zones ou du SROS]**

	<i>Références juridiques</i>	<i>Professionnels concernés</i>	<i>Critères liés au zonage</i>	<i>Autres critères</i>	<i>Modalités</i>	<i>Mise en œuvre</i>
Médecins généralistes	<p>Option démographie</p> <p>Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes</p>	Médecins généralistes libéraux	Zonage pluri-professionnel défini conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel du XXX	<ul style="list-style-type: none"> > exercer au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluridisciplinaire, quelle que soit sa forme juridique, ou dans le cadre d'un pôle de santé défini à l'article L6323-4 du code de santé publique > exercer dans le secteur à tarifs opposables ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré à l'option de coordination définie à l'article 36 de la convention, ou acceptant d'appliquer exclusivement les tarifs opposables > être installé dans la zone ou à proximité immédiate (5km en zone rurale - 2km en zone urbaine) > réaliser 2/3 de l'activité auprès de patients résidant dans la zone > demeurer au moins trois ans dans la zone 	<p><u>Aide à l'investissement</u> (pour les professionnels s'installant dans la zone)</p> <p>Forfait annuel versé pendant 3 ans à hauteur de :</p> <ul style="list-style-type: none"> . 5 000 € pour le professionnel exerçant au sein d'un groupe . 2 500€ pour le professionnel membre d'un pôle de santé <p><u>Aide à l'activité</u></p> <p>Majoration de l'activité (c+v) réalisée dans la zone :</p> <ul style="list-style-type: none"> 10% pour le professionnel exerçant au sein d'un groupe, dans la limite d'un plafond fixé à 20 000 € 5 % pour le professionnel membre d'un pôle de santé, dans la limite d'un plafond fixé à 10 000 €. 	Caisse d'Assurance Maladie
	<p>Option santé solidarité territoriale</p>	Médecins généralistes libéraux n'exerçant pas sur un secteur inclus dans le zonage pluri-professionnel		<ul style="list-style-type: none"> > exercer dans le secteur à tarifs opposables ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré à l'option de coordination définie à l'article 36 de la convention, ou acceptant d'appliquer exclusivement les tarifs opposables pour l'activité réalisées sur la zone > exercer au minimum 28 jours/an sur une zone fragile (au sens du zonage pluri-professionnel) > engagement de 3 ans 	<p>Majoration de 10% de l'activité (C+C) réalisée dans la zone dans la limite de 20 000 euros par an</p> <p>Et Prise en charge des frais de déplacement</p>	Caisse d'Assurance Maladie
Infirmiers libéraux	<p>Adhésion individuelle à l'option conventionnelle « Contrat incitatif infirmier »</p> <p>Avenant n°3 à la convention infirmières approuvé par l'Arrêté du 25 novembre 2011</p>	Infirmiers libéraux conventionnés installés ou s'installant dans ces zones	zones "très sous dotées" arrêtées par le DGARS	<ul style="list-style-type: none"> > Activité libérale conventionnelle réalisée au 2/3 auprès des patients de la zone ET > conditions précises d'activité (vaccinations, pathologies chroniques, télétransmissions ...) ET > exercice en groupe (au moins 2 IDEL conventionnés ou en cabinet ou maison de santé pluridisciplinaires) OU > exercice individuel d'une IDFI qui a recours à une remplaçante pour assurer la continuité des soins > engagement de 3 ans 	<ul style="list-style-type: none"> > 3000€ de participation par an pendant 3 ans à l'équipement du cabinet ou autre investissement professionnel (véhicule...) > Participation aux cotisations d'allocation familiale (5,4%) 	Caisse d'Assurance Maladie