



# **SCHEMA D'ORGANISATION DES SOINS**

## **VOLET HOSPITALIER 2012 - 2016**

## SOMMAIRE

---

Schéma d'Organisation Sanitaire {SROS} .....	3
Chapitre I : Les enjeux organisationnels pour mieux structurer l'offre de soins .....	4
Chapitre II : Les enjeux de transversalité afin d'améliorer le parcours de soins .....	14
Chapitre III : Les axes et orientations stratégiques du volet de l'hospitalisation .....	19
Chapitre IV : Volet médecine .....	20
Chapitre V : Volet chirurgie .....	23
Chapitre VI : Volet périnatalité .....	28
Chapitre VII : Volet soins de suite et réadaptation .....	30
Chapitre VIII : Volet hospitalisation à domicile .....	34
Chapitre IX : Volet urgences et permanence des soins .....	36
Chapitre X : Volet réanimation, soins intensifs, surveillance continue.....	39
Chapitre XI : Volet imagerie médicale .....	42
Chapitre XII : Volet activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie .....	44
Chapitre XIII : Volet psychiatrie et santé mentale .....	48
Chapitre XIV : Cancerologie .....	50
Chapitre XV : Volet soins de longue durée .....	54
Chapitre XVI : Volet soins palliatifs et douleur .....	55
Chapitre XVII : Volet traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale .....	56
Chapitre XVIII : Volet greffes d'organes .....	60
Annexe : SROS-PRS (2012-2016).....	61
Glossaire : .....	75

---

## Schéma d'Organisation Sanitaire 2012-2016 {SROS}

---

- ✚ Selon les termes de la loi HPST, le schéma régional d'organisation des soins est composé de deux volets. Un volet ambulatoire qui constitue la nouveauté du dispositif de planification régionale ; un volet relatif à l'offre de soins hospitalière.
- Les deux schémas s'inscrivent dans la démarche globale affichée à toutes les étapes d'élaboration du Projet Régional de Santé : répondre **d'enjeux organisationnels afin de mieux structurer l'offre de soins d'une part (Chapitre I) ; d'enjeux de transversalité afin d'améliorer le parcours de soins d'autre part (Chapitre II).**
- La présente note a pour objet de **proposer les axes et orientations stratégiques du volet de l'hospitalier (Chapitre III).**
- ✚ Les modalités d'élaboration et d'adoption du SROS reposent sur la concertation avec les acteurs et professionnels de santé. **Deux nouveautés méritent signalement :**
  - L'élaboration du **SROS dans un cadre intégré avec les schémas de la prévention et du médico-social**
  - **La réorganisation de l'offre de soins hospitalière et son adaptation aux évolutions des modalités de prise en charge ainsi qu'aux contraintes techniques de fonctionnement et de sécurité.**
- ✚ Comme susmentionné le premier point renvoie à l'objectif préalablement annoncé par le PSRS d'amélioration du **parcours de vie et de soins des personnes**. Le second indiquant la **nécessaire adaptation de l'offre de soins**. **La restructuration de l'offre de soins hospitalière se fonde sur l'adaptation aux évolutions des modes de prise en charge, le respect des normes techniques de fonctionnement, l'optimisation de l'offre existante notamment par le principe de gradation des soins ainsi que le développement de modes substitutifs à l'hospitalisation complète.** Ces enjeux exprimés, la plupart des orientations qualitatives par discipline du SROS de 3<sup>ème</sup> génération (2006-2010) ainsi que les volets ayant fait l'objet de récentes révisions (cancérologie, SSR, Techniques interventionnelles en cardiologie) seront réexprimés au titre du SROS-PRS.

## CHAPITRE I: LES ENJEUX ORGANISATIONNELS POUR MIEUX STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS

- Les enjeux organisationnels pour l'amélioration de l'offre sont les suivants :
  - Les missions de service public reconnues
  - Les modes de **prise en charge substitutifs à l'hospitalisation traditionnelle** : chirurgie ambulatoire, dialyse hors centre, hospitalisation à temps partiel (jour, semaine, domicile)
  - **L'articulation entre la ville et les urgences**
  - La **permanence des soins en établissements de santé**
  - La **gradation des soins hospitaliers**
  - La **biologie**

## I-1 Les missions de service public reconnues

**Les missions de service public**, au nombre de quatorze, recouvrent des champs très divers, bien au-delà des soins hospitaliers de court séjour.

L'attribution des missions de service public s'effectue au regard du diagnostic et se déroule en plusieurs étapes.

### 1. Diagnostic

- Inventaire des établissements assurant des missions lors de la publication de la loi HPST ;
- Evaluation du besoin non couvert.

### 2. Procédure d'attribution

- Possibilité de reconnaissance prioritaire aux établissements assurant des missions lors de la publication de la loi HPST ;
- En cas de besoins non couverts ou partiellement couverts : appel à candidatures ;
- En cas d'échec de la procédure d'appel à candidature : désignation unilatérale.

### MODALITES ACTUELLES DE FINANCEMENT

Mission	Détail	Financement				Commentaires
		MIG	ODMCO	DAF+ OQN	Autres	
1- Permanence des soins	urgences		FAU + ATU			CHU CHBT CH Ste Marie CH LCF Eaux Claires
	Gardes et astreintes personnels médicaux	Art 4			Convention médicale OQN	PDSES à organiser (financements dédiés)
2-Prise en charge des soins palliatifs	Soins		GHS GHT	X		ES Publics et privés
	Coordination : EMSP	Art 2 - 2c)		X		CHU CHBT

3-Enseignement universitaire et post universitaire		Art 1 <sup>er</sup> MERRI			Etat : ministère enseigne- ment supérieur	CHU Et établissements accueillant des internes Impossible de distinguer au sein des MERRI entre enseignement et recherche
	Dont internes	AC				
	Dont clinicat	MIG / AC ?				
4-La recherche		Art 1 <sup>er</sup> MERRI				
5-Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers			Tarifs (plan de formation )		Convention médicale OQN	
6-La formation initiale et le développement professionnel continu des sages femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence	Formation initiale		Tarifs (compagn onage)		Conseils régionaux	Compétence décentralisée
	Formation continue et promotion professionnelle		Tarifs (plan de formation )		FMEP	
7-Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination	Prévention primaire et secondaire				Etat, FNPEIS, collectivités locales	
	Les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques	Art 2-6°				Dans la pratique, seule l'éducation thérapeutique est financée par les MIG  CHBT : Diabétologie CHU : CDAG CHU - CHBT : CIDDIST
			tarifs			

8-L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés	SAMU	Art 2-10°a				CHU
	SMUR	Art 2-10° b)				CHU CHBT CH St Martin
9-La lutte contre l'exclusion en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination	Prise en charge par des équipes hospitalières	Art 6 - 1°				
	PASS	Art 6 - 2				CHBT CH LCF CHU à venir
	Prise en charge par les équipes hospitalières à l'extérieur des ES	Art 6 - 3				
10-Les actions de santé publique	A préciser					
11-La prise en charge des personnes hospitalisées dans leur consentement	Hospitalisation sous contrainte en psychiatrie			X		Financement non individualisé, inclus dans la DAF et l'OQN  CHU CHM CH LCF
12-Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitencier, et si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret	UCSA	Art 5 - 3°	CCAM	X		Hors FMESPP et DAF  CHU CHBT
	UHSI Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales	Art 5 - 2°	GHS		FMESPP (invest)	La MIG ne couvre que les surcoûts non couverts par les tarifs  Pas d'inter région.

	Chambres sécurisées pour détenus	Art 5- 4°			FMESPP (invest)	CHBT
	UHSA (unités hospitalières spécialement aménagées)	Art 5- 4°		X	FMESPP (invest)	Les UHSA accueillent exclusivement des personnes détenues des deux sexes souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant une hospitalisation, avec ou sans consentement.
13-Les soins aux personnes retenues en application de l'article L.551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile					Etat (programme 183)	
14-Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-medico-judiciaires de sûreté				X	Etat	



## I-2 Les modes de prise en charge substitutifs à l'hospitalisation conventionnelle

### I-1-1 La chirurgie ambulatoire

- La chirurgie ambulatoire constitue pour les établissements de santé un **levier d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients**, une modalité d'amélioration de l'activité de chirurgie classique ainsi que d'optimisation des ressources (humaines et financières).
- Le développement de la chirurgie ambulatoire<sup>1</sup> vise deux **objectifs** :
  1. Etendre la prise en charge en **chirurgie ambulatoire** à l'ensemble des patients éligibles (approche bénéfique/risque) et à l'ensemble de l'activité de chirurgie.
  2. **Améliorer la qualité et la sécurité de ce mode de prise en charge**. Disposer d'une organisation spécifique, garantir la continuité et la permanence des soins.

### I-2-2 La dialyse hors centre

- Le développement de la dialyse péritonéale<sup>2</sup> reste en deçà des objectifs régionaux fixés.  
**Trois objectifs sont assignés à la discipline** :
  - **Améliorer l'accès aux soins**. Il s'agit de diversifier l'offre en proximité. En favorisant les prises en charge en unités de dialyse médicalisée (UDM) de proximité, les unités d'auto-dialyse (UAD), l'hémodialyse à domicile, la dialyse péritonéale.
  - **Améliorer la qualité et la sécurité des soins**.
  - **Optimiser l'efficacité**
- La discipline trouvera un **point d'amélioration en s'articulant avec les secteurs de la prévention et du médico-social**. Les établissements de santé pourront signer un contrat d'exercice libéral avec un IDE libéral pour les soins à domicile sur financement de l'ONDAM hospitalier afin de favoriser le développement de la dialyse péritonéale en institution (ex EHPAD).

### I-2-3 L'hospitalisation à domicile

- Au niveau national et particulièrement au niveau régional, la discipline<sup>3</sup> a connu un **développement important**. Il s'agit dorénavant de **mieux définir les besoins réels en HAD** et d'en préciser le **périmètre** d'intervention. Ce dernier enjeu doit inciter à une réflexion sur la répartition des activités avec l'hospitalisation conventionnelle, sur les **collaborations avec les autres modalités d'hospitalisation ainsi qu'avec les autres intervenants au domicile**. En conséquence on retiendra les objectifs suivants :
  - **Améliorer l'efficacité** : clarifier les missions de l'HAD par rapport aux soins ambulatoires ; analyser l'activité des prestataires de matériel à domicile pour la positionner par rapport à l'HAD ; assurer la continuité des soins en HAD.
  - **Favoriser les points d'articulation avec la prévention et le médico-social** : prévenir les rechutes et retours vers l'hospitalisation complète ; complémentarité avec l'activité des SSIAD ; organiser l'aval de l'HAD notamment vers les établissements médico-sociaux ; conforter le recours aux aidants familiaux et aux structures de répit.

---

<sup>1</sup> Les indicateurs de suivi : part de la chirurgie ambulatoire globale par rapport à l'ensemble de l'activité de soins de chirurgie.

<sup>2</sup> Les indicateurs de suivi : part des nouveaux patients traités par dialyse péritonéale - part des patients suivis hors centre

<sup>3</sup> Les indicateurs de suivi : Taux de recours standardisé en HAD pour 100 000 habitants

### I-3 L'articulation entre la ville et les urgences<sup>4</sup>

#### I-3-1 Les orientations nationales préconisées

- Mettre en place une **organisation territoriale en amont de l'arrivée aux urgences**, afin de s'assurer du bon adressage du patient et de l'adéquation de la réponse apportée à sa demande de soins inopinée. Il conviendra de :

→ Faire de la **régulation médicale** le pivot du système, pour les demandes concernant la médecine d'urgence et la médecine générale aux horaires de la PDSA.

→ Veiller à la **coordination des prises en charge** dans le cadre de la PDSA entre les intervenants de l'ambulatoire et les établissements de santé. On s'assurera de la cohérence du maillage des services d'urgence et des points fixes de garde ; de la protocolisation entre les structures d'urgence et les maisons médicales de garde ; de la protocolisation entre les centres de régulation (CRRRA) et les établissements disposant de filières territoriales AVC pour une prise en charge directe des patients ; protocolisation entre les structures d'urgence et les services d'HAD, EHPAD ; renforcer l'articulation entre les structures d'urgence et les médecins traitants

→ S'assurer de la **coordination avec les transporteurs et les services départementaux d'incendie et de secours**

→ Développer la coordination et la **continuité de la prise en charge avec la médecine de ville, en aval de la prise en charge hospitalière** : organisation de la sortie de l'hôpital en liaison avec le médecin traitant, les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social, éviter les ré-hospitalisations.

#### I-3-2 Les points d'articulation avec la prévention et le médico-social

→ Anticiper la réponse aux besoins de soins urgents des personnes âgées afin d'éviter un transfert inapproprié vers les urgences et apporter la réponse la mieux adaptée

→ Développer les protocolisations entre les structures d'urgence, MMG, EHPAD

### I-4 La permanence des soins en établissements de santé [PDSSES]

- La loi HPST érige la PDSSES<sup>5</sup> en mission de service public. Le SROS constitue le cadre opérationnel de l'ARS pour l'organisation territoriale et l'attribution de la mission.

#### I-4-1 Définition de la PDSSES

- Mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà Hospitalisés dans l'établissement et se présentant dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins soit nuits, samedis après-midi, dimanches et jours fériés.

Elle se différencie de la continuité des soins. Cette dernière peut se définir comme la prise en charge et surveillance des patients déjà hospitalisés dans l'établissement pendant les nuits, samedis, dimanches et jours fériés. C'est une mission réglementaire qui incombe à tous les établissements de santé contrairement à la Permanence des soins pour laquelle l'établissement doit être expressément désigné par le Directeur Général de l'ARS.

---

<sup>4</sup> Les indicateurs de suivi : Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU dans les passages aux urgences durant la PDSA.

<sup>5</sup> Les indicateurs de suivi : Taux de réalisation du schéma cible

- La PDSSES concerne uniquement le champ MCO ainsi que **la permanence médicale au sein des structures ayant un service de médecine d'urgence des établissements ex-OQN**. Les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie ne relèvent pas du dispositif.

#### I-4-2 Les objectifs de la réorganisation de la PDSSES au niveau local

Elle a pour mission d'améliorer :

→ **L'accès aux soins** : garantir pour les soins requis un accès permanent aux soins à l'échelle du territoire de santé, selon un principe de gradation des soins

→ **La qualité de prise en charge** : réduire les délais d'attente et d'orientation en aval des urgences

→ **L'efficience** : **optimiser** la ressource médicale régionale en privilégiant les mutualisations entre établissements indépendamment des statuts

→ Essayer d'intégrer les professionnels de ville à la PDSSES

#### I-4-3 Le schéma cible régional pour la PDSSES

- **L'enjeu de réorganisation de la PDSSES** consiste à s'inscrire dans une logique de convergence entre les secteurs public et privé, d'optimisation et de mutualisation des ressources médicales disponibles.

- **Les points d'articulation** consistent à assurer la continuité des prises en charge des demandes de soins non programmés entre la ville et l'hôpital. Il s'agit en amont des services d'urgence d'organiser l'entrée des patients dans le système de soins d'une part ; en aval pour l'orientation des patients une fois qu'ils sont entrés dans le système de soins et que leur état requiert une prise en charge dans un établissement de santé (plateau technique).

La répartition retenue

#### **PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE**

**CH de Saint-Martin - Territoire Iles du Nord**

Spécialités médicales	Gardes et astreintes	Type de service	Proposée en PDSSES
Anesthésie Réanimation	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui
Gynécologie-Obstétrique	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui
Chirurgie polyvalente	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui

#### **PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE**

**CH de Basse-Terre - Territoire Sud Basse-Terre**

Spécialités médicales	Gardes et astreintes	Type de service	Proposée en PDSSES
Anesthésie Réanimation	Garde sur place	discontinue	oui
Gynécologie-Obstétrique	Garde sur place	discontinue	oui
Médecine	Astreinte opérationnelle		oui
Pédiatre	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui
Réanimation néonatale	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui
Cardiologie	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui

**PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT  
DE SANTE**

**Clinique Les Eaux Claires - Territoire Centre**

Spécialités médicales	Gardes et astreintes	Type de service	Perman proposée en PDES
Anesthésie Réanimation	Astreinte opérationnelle	continue	oui
Gynécologie-Obstétrique	Astreinte opérationnelle	continue	oui

**PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE  
SANTE**

**CHU DE POINTE A PITRE - Territoire Centre**

Spécialités médicales	Gardes et astreintes	Type de service	proposée en PDES
Anesthésie bloc	Garde sur place	continue	oui
Cardiologie	Garde sur place	discontinue	oui
Gynécologie-Obstétrique	Garde sur place	discontinue	oui
Urgences pédiatriques et Pédiatrie*	Garde sur place	discontinue	oui
Médecine Réa Néonatale	Garde sur place	discontinue	oui
Réanimation Adulte gd brûlés hyperbare	Garde sur place	continue	oui
SAMU -SMUR	Garde sur place	continue	non
Chirurgie infantile	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui
Chirurgie orthopédique et traumatologique	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui
Chirurgie thoracique et vasculaire	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui
Neurochirurgie	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui
Urologie	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui
ORL-Stomatologie	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui
Radiologie	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui
Médecine Légale	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui
UCSA	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui
Ophthalmologie	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui
Neurologie	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui
Pharmacie	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui
Hématologie-Immunologie	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui
Bactériologie-parasitologie-virologie	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui
Biochimie	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui
Néphrologie	Astreinte opérationnelle	discontinue	oui

## I-5 La gradation des soins hospitaliers

- La gradation des activités de soins et équipements matériels lourds peut comporter 4 niveaux :
  1. Le **niveau des activités de soins exercées hors PDSSES** : structuration autour d'une offre de ville-hôpital de proximité englobant les activités ne répondant pas d'une obligation de PDSSES.
  2. Le **niveau des plateaux techniques de recours « infrarégional »** : il se distingue du niveau précédent par une activité à la fois programmée et en urgence avec une obligation de PDSSES. A ce niveau sont organisés l'hospitalisation complète en psychiatrie, la présence psychiatrique en urgence et les centres d'accueil de crise.
  3. Le **niveau des plateaux techniques de recours régional**. Il assure les activités hautement spécialisées à l'exception de certains segments de ces activités dont la complexité et/ou la rareté des actes et des ressources justifie une concentration et organisation à l'échelle interrégionale voire nationale.
  4. Le **niveau des plateaux techniques de recours interrégional voire de référence nationale**
- La gradation des plateaux répond à l'enjeu de **sécurité des soins et de juste utilisation des ressources**. Il s'agira d'améliorer l'accès aux soins par :
  - L'application des seuils d'activité pour la pratique de certaines activités
  - L'organisation territoriale de la PDSSES
  - Le recours à la télémédecine
  - Le développement des modes de prise en charge substitutifs
- **Il s'agira également d'améliorer l'efficience en :**
  - Dégageant des marges d'économie par la mutualisation/regroupement des plateaux techniques
  - Développant des outils de coopération entre professionnels
  - S'assurant de la bonne orientation du patient (organisation territoriale)

## I-6 La biologie médicale

### **I-5-1 Les orientations nationales :**

- Accompagner la **réforme de regroupement des laboratoires tout en veillant à l'équilibre de la répartition de l'offre de biologie médicale**
- Veiller à la mise en place de l'accréditation complète des laboratoires de biologie médicale privés et publics à l'échéance du 1<sup>er</sup> novembre 2016
- Fixer dans le SROS des règles d'implantation territoriale pour les LABM (cartographie de l'existant, besoins de la population, besoins en implantation par territoire)
- Susciter les évolutions nécessaires

## CHAPITRE II : LES ENJEUX DE TRANSVERSALITE AFIN D'AMELIORER LE PARCOURS DE SOINS

Les enjeux reprennent en partie les **domaines stratégiques du PSRS** :

- **Les pathologies du vieillissement dont la maladie d'Alzheimer**
- **Les maladies chroniques**
- **L'accident vasculaire cérébral [AVC]**

Ces thèmes doivent, pour chaque domaine, pouvoir mettre en exergue les modalités de la **coordination entre la ville et l'hôpital**, éventuellement avec le **médico-social**, notamment dans les aspects suivants :

→ La place du médecin traitant comme garant de la coordination ville / hôpital

→ L'articulation entre l'activité d'urgence et la permanence des soins {répartition entre la ville et l'hôpital}

→ La réduction des hospitalisations injustifiées {coordination autour du patient pour son maintien à domicile}

→ L'organisation de la sortie des patients {anticiper les sorties, prévenir la perte d'autonomie}

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

#### II-1-1 Les orientations nationales

→ Améliorer l'accès aux soins, en favorisant le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, des maladies apparentées et des troubles psychiatriques

→ Améliorer la qualité et la sécurité des soins, en assurant un bon fonctionnement de la filière gériatrique au sein des territoires

→ Améliorer l'efficacité, en clarifiant la position des acteurs et en développant les complémentarités ; en favorisant le maintien à domicile des personnes âgées

#### II-1-2 Les points d'articulation avec la prévention et le médico-social par la :

→ Coordination des parcours de soins dans le cadre de la filière gériatrique, en intégrant les structures de coordination du type MAIA, CLIC, réseau gérontologique, structures de répit, accueils de jour

→ Clarification des apports de chaque intervenant (EHPAD, EMG, équipes de soins palliatifs et d'HAD)

#### II-1-3 Eléments de contexte et recommandations régionales



##### **Eléments de contexte : diagnostic de la maladie d'Alzheimer et accès aux soins**

- Montée en charge du dispositif régional :  
Deux consultations mémoires : maillage territorial (centre : CHU et Sud Basse-Terre : CHBT)

- Equipes pluridisciplinaires
- Augmentation du nombre<sup>6</sup> de consultations
- Effectivité d'une équipe mobile de gériatrie au CHU



### **Recommandations régionales**

- Mise en œuvre d'un Centre Mémoire de Ressources et de Recherches (CHU)
- Amélioration de l'identification et de la structuration de la Consultation mémoire au bénéfice des usagers
  - Conforter la compétence de neuropsychologues au sein de la consultation mémoire
  - Développement du court séjour gériatrique
  - Mise en œuvre d'un conventionnement entre les structures partenaires de la filière personne âgées (EHPAD, accueil de jour, SSR, soins de ville)
  - Développement d'une meilleure interface entre la prise en charge de la personne âgée et la prise en charge psychiatrique : conventionnement - coopération avec les unités de secteur psychiatriques, développement de la psychiatrie de liaison

## II-2 Les maladies chroniques<sup>7</sup>

### II-2-1 Les orientations nationales

- **Améliorer l'accès aux soins en organisant :**

→ Une prise en charge graduée des maladies chroniques

→ Le recours à des avis spécialisés : accès à un diagnostic précoce, consultations mémoire, centres de ressources et de consultations

→ L'intervention des équipes sanitaires mobiles

→ La coopération entre les acteurs

- **Améliorer la qualité et la sécurité des soins en :**

→ Evitant les temps de rupture dans les prises en charge

→ Limitant les recours aux services d'urgence uniquement pour les cas nécessaires

→ Développant les actions d'éducation thérapeutique, en vue d'une meilleure adhésion des patients au projet de soins

→ Mettant en place une politique d'aide aux aidants et faciliter l'accès aux structures de répit

→ Utilisant les outils professionnels notamment les guides de prise en charge en ALD

→ Recourant aux technologies, comme la télésurveillance dans le cas d'insuffisance cardiaque chronique

---

<sup>6</sup> file active du CHU : 436 en 2005 ; 548 en 2009 ; 800 en 2010

<sup>7</sup> Les indicateurs de suivi : nombre de programmes d'éducation thérapeutique autorisés par l'ARS  
SROS/volet hospitalier 2012-2016

### **II-3 L'articulation avec le médico-social**

II-3-1 Prévention des conduites à risque

II-3-2 Relations entre acteurs sanitaires et acteurs de l'accompagnement des patients et familles

II-3-3 Coordination des acteurs sociaux et médico-sociaux dès l'hospitalisation

### **II-4 Les accidents vasculaires cérébraux**

#### **II-4-1 Les orientations nationales**

- **Améliorer l'accès aux soins :**

→ Prise en charge de l'AVC<sup>8</sup> ou suspicion d'AVC dans une filière organisée (unité neurovasculaire, MCO, SSR, USLD, retour à domicile, structures médico-sociales)

- **Améliorer l'efficience :**

→ Réduction des délais entre les premiers symptômes et la prise en charge adaptée (centre 15, UNV, IRM)

→ Augmentation du taux de thrombolyse

→ Amélioration du circuit des patients, des pratiques professionnelles, information et formation des professionnels

#### **II-4-2 Les points d'articulation avec la prévention et le médico-social**

→ Actions de sensibilisation aux affections cardio-neurovasculaires, prévention et dépistage des facteurs de risque

→ Participation de tous les professionnels de la filière

→ Identification des structures pour les cas lourds (SSR post-réanimation, places en MAS et FAM pour AVC en perte d'autonomie)

→ Evaluation pluridimensionnelle de la personne en liaison avec la MDPH

#### **II-4-3 Eléments de contexte et recommandations régionales**

 **Eléments de contexte :**

L'Accident Vasculaire Cérébral est une problématique de santé majeure

En moyenne nationale : 130 /100 00 nouveaux cas

Dans les DOM : sur incidence de 40% ; surmortalité de 40%

En Guadeloupe : 2,5 AVC par jour

Capacité d'accueil :

4 lits en unité de soins intensifs neurovasculaires (USINV) ; 12 lits en unité neurovasculaire subaiguë

---

<sup>8</sup> Les indicateurs de suivi : proportion de patients AVC admis en UNV



Augmentation du nombre d'accidents vasculaires cérébraux pris en charge au CHU [286 en 2005 versus 675 en 2010]

Augmentation du nombre de thrombolyse

Typologies patients/séjours : 40% des AVC se présentent sur le site de prise en charge par leurs propres moyens – Durée moyenne de séjour : 10 jours

### **Enjeux problématiques**

→ Une structuration attendue de la filière AVC [travail social intra hospitalier, fluidité court séjour-moyen séjour] : problème de fluidité des parcours et de formalisation des relations entre les sites de prise en charge

→ Un délai important entre l'appel du patient et la survenue de l'AVC

→ La problématique de la démographie de médecins neurologues

→ Les difficultés de mise en œuvre de l'astreinte de neurologues

→ Le dimensionnement actuel de l'unité neurovasculaire (CHU) ainsi que la suractivité liée à l'AVC pénalise les autres prises en charge neurologiques (AIT) : obligation de se mettre en conformité avec les recommandations médicales

### **Recommandations régionales**

#### **Prise en charge de l'AVC dans une filière neurovasculaire :**

→ Organisée, urgente, active et coordonnée

- Améliorer le recours au centre 15 pour les suspicions d'AVC et AVC patents
- Faciliter l'accès à la thrombolyse intraveineuse dans les trois premières heures
- Structurer la filière en pré, intra et post hospitalière
- Préconiser le respect des protocoles

#### **Organisation et structuration de la filière neurovasculaire : redimensionnement de l'unité neurovasculaire du CHU**

▪ **Redimensionnement de l'USINV** [unité de soins intensifs neurovasculaires] : une progression capacitaire souhaitable du fait de l'augmentation de l'activité AVC au CHU

→ Accueil des AVC en phase aigüe durant les premières 48 heures

→ Astreinte neurologique opérationnelle ou garde

→ Prise en charge de kinésithérapie et orthophonie 7 jours sur 7

→ Plateau d'imagerie et réanimation sur place

→ Positionnement de 2 à 3 sites neurovasculaires subaigus au sein de l'aire territoriale globale :

→ Accès aux soins de kinésithérapie et d'orthophonie

→ Recours à des spécialités de cardiologie et dopplériste

→ Mise à disposition de lits de SSR dédiés

→ **Réflexion sur la prise en charge de l'AVC à Saint-Martin en prenant en compte les variables suivantes :**

- L'accès à l'IRM
- L'accès du neurologue aux données patients dans la demi-heure
- L'accès du neurologue à l'IRM
- La formation des urgentistes du site
- Les modalités de transfert pour prise en charge sur USINV puis retour en UNV et en SSR sur site

## CHAPITRE III : LES AXES ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU VOLET DE L'HOSPITALISATION

- Le SROS version PRS s'appuie sur le bilan-évaluation des orientations stratégiques du SROS de 3<sup>ème</sup> génération (I) ; les recommandations et axes préconisés au niveau national (II).

### III-1 Les axes du bilan-évaluation du SROS de 3<sup>ème</sup> génération (2006-2010)

- Avant-propos : Pour le bilan détaillé de l'offre de soins hospitalière, on se reportera au tome 1 du PRS consacré au plan stratégique de santé [cf. 2<sup>ème</sup> partie : Santé et Territoires, Chapitre II : état de l'offre de santé dans les domaines de prévention, du soin, de la prise en charge de la perte d'autonomie]

- Le SROS a fixé des constats, enjeux et objectifs pour l'essentiel réinscrits aux travaux du PSRS :

→ Les **spécificités de l'épidémiologie régionale** mettant en relief l'importance des maladies métaboliques (hypertension artérielle, diabète) et leurs complications vasculaires périphériques, rénales ou neurologiques.

→ Un **recours à l'offre de soins influencé par la configuration territoriale** archipélagique (double insularité) ainsi que le développement des deux pôles urbains.

→ La **fréquence des problématiques médico-sociales** au cours de l'hospitalisation mettant en exergue des efforts à poursuivre en matière d'éducation à la santé et thérapeutique, d'information des patients, d'amélioration des conditions d'aval à l'hospitalisation ainsi que de retour à domicile.

→ Le développement d'offres de soins en direction des **personnes âgées (structuration de la filière)**.

→ L'enjeu du développement de **techniques nouvelles** (télémédecine, systèmes d'information) en vue du **maillage territorial** et comme élément de réponse à la raréfaction de la **ressource médicale**.

#### III-1-1 Quelques recommandations générales :

→ L'accès aux **soins de proximité** le plus souvent en relation avec la prise en charge de la personne âgée et du patient psychiatrique

→ L'amélioration de la **prise en charge des urgences et de la permanence des soins**, mettant l'accent sur la prise en charge pré-hospitalière, la prise en charge des soins non programmée et des urgences, les filières d'aval

→ Les modalités d'**implantation des plateaux techniques** (organisation, concentration, graduation)

→ La recherche de **complémentarité et/ou de coopération** entre les offreurs de soins

### III -2 Du SROS de 3<sup>ème</sup> génération au SROS-PRS : principes d'orientations pour les activités de soins et les équipements matériels lourds

- Le SROS-PRS ne comporte plus de volets obligatoires du fait de l'abrogation de l'arrêté fixant la liste des volets<sup>9</sup>. Cependant le volet hospitalier doit être exhaustif car opposable. Il doit identifier les besoins et fixer des objectifs quantifiés pour l'ensemble des **matières soumises au régime d'autorisation : activités de soins, équipements lourds et biologie**.

- Du fait de la contrainte macroéconomique affectant l'offre de soins hospitalière, il apparaît **nécessaire de pouvoir mesurer l'impact financier du SROS au moment de son élaboration**.

---

<sup>9</sup> Voir HPST

## CHAPITRE IV : VOLET MEDECINE

### IV-1 Etat des lieux/ Constat pour la discipline

#### IV-1-1 Données générales - Implantation et graduation de l'offre

- Les principales pathologies : forte représentation de l'HTA, affections de l'appareil digestif, affections neurologiques, maladies infectieuses, situations polyopathologiques et patients âgés
- Les principaux modes d'admission : suivi de prise en charge de soins de ville et admission d'urgence
  - **16 sites de médecine** sont répartis au sein des territoires de santé comme suit :
    - Territoire Centre Grande Terre : 8 établissements<sup>10</sup>
    - Territoire Sud Basse-Terre : 6 établissements<sup>11</sup>
    - Territoire des Iles du Nord : 2 établissements<sup>12</sup>

#### IV-1-2 Enjeux/ Problématique pour la discipline :

→ Problématique du maintien de l'activité pour certains sites au sein des bassins de vie (cf état des lieux de l'offre hospitalière, PSRS).

#### IV-1-3 Les orientations par spécialités : poursuite des principaux objectifs du SROS III (2006-2010)

##### **Recommandations générales et stratégiques pour les activités de médecine**

→ Structurer la médecine polyvalente en tenant compte de l'évolution des besoins de la population (vieillesse, poly pathologies)

→ Veiller à une masse critique optimale des établissements autorisés en médecine

→ Organiser l'accès aux soins par la gradation des plateaux techniques de médecine, dont l'unité vasculaire pour laquelle sa réactivation et son autonomisation fonctionnelle sont indiquées (unité ressource pluridisciplinaire)

→ Structurer l'organisation graduée et coordonnée de la prise en charge des enfants et adolescents

→ Diversifier de l'offre hospitalière en médecine : HDJ\*, Hospitalisation de semaine, HAD

→ Développer l'hospitalisation de jour\*, notamment pour les disciplines prioritaires constatées : néphrologie, endocrinologie, diabétologie, pneumologie, maladies infectieuses, médecine interne<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> 3 hôpitaux publics, 5 cliniques privées : CH LD Beaufort, CH Sainte-Marie, CHU, Choisy, Eaux-Clares, Eaux-Marines, Polyclinique de la Guadeloupe, Polyclinique Sainte-Christophe

<sup>11</sup> 3 hôpitaux publics, 3 cliniques privées : CHBT, CH Maurice Selbonne, HLCBE, CMS, Saint-Pierre, Eaux-Vives

<sup>12</sup> 2 hôpitaux publics : Louis-Constant Fleming, Bruyn

<sup>13</sup> Ces disciplines sont considérées prioritaires en raison de leur prévalence, leurs conséquences médico-économiques et leur tronc commun d'examen obligatoires (bilan cardiologique, ophtalmologique, imagerie écho-doppler)

- Veiller à l'adéquation des séjours de médecine en centrant l'hospitalisation en médecine sur les soins aigus
- Mener réflexions à mener sur la formalisation des filières d'aval (filière AVC, gériatrique, obstétrique) et de retour à domicile
- Structurer et formaliser des filières spécifiques de prise en charge :
- Développer des modes de sortie des services de médecine (SSR, HAD, ville, médico-social) pour la résorption des inadéquations et impasses hospitalières ;
- Organiser l'articulation de la prise en charge sanitaire des adolescents avec les lieux d'accueil, d'information et de soins ouverts (ex MDA) ;
- Mettre en place et/ou renforcer l'éducation thérapeutique (HTA, Diabète, Obésité, Asthme, Apnée du sommeil), parce que dénominateur commun de la plupart des spécialités médicales. Son développement nécessite la formation des personnels paramédicaux et la mise à disposition de techniciens non médicaux tels que les diététiciennes indispensables dans certaines disciplines (ex : néphrologie, diabétologie, endocrinologie)
- Développer des coopérations entre établissements publics/privés, entre établissements sites de référence/sites de recours et de proximité (principe de conventions entre établissements en fonction des orientations et des plateaux techniques)

#### **IV-1-4 Répartition et organisation de l'offre de soins à partir de niveaux de services territoriaux attendus**

**La structuration et l'organisation de l'offre de soins en médecine seront définies à partir des notions de référence, de recours et de proximité.** Les déclinaisons seront exprimées comme suit :

##### **Pôle de référence (aire territoriale globale) :**

Définition :

Le Pôle de référence se définit à minima pour les niveaux de service comme suit : activités spécialisées voire hyperspécialisées dont les explorations à haute technicité, la médecine interne, les prises en charge pluridisciplinaires, les missions d'expertise et la formation universitaire.

##### **Concernant le CHU :**

Pôle médico-chirurgical en gastro-entérologie

En cancérologie (radiothérapie), oncologie, médecine nucléaire

Référent en virologie et biologie moléculaire<sup>14</sup>

Site pilote pour la prise en charge du VIH

Pour l'activité de cardiologie interventionnelle (angioplastie - coronarographie)

Individualisation d'une unité de cardio-pédiatrie

Centre Mémoire de Ressources et de Recherches (CMRR)<sup>15</sup>

Pour la prise en charge de l'AVC

En néphrologie et hémodialyse

En endocrinologie et diabétologie

En pneumologie (apnée du sommeil et asthme)

Pour la prise en charge des maladies génétiques et pour la drépanocytose (cf. CCD)

En dermatologie

Pour les soins palliatifs et la prise en charge de la douleur

Pour l'hospitalisation et soins aux détenus

Pour les activités de greffes et transplantations (rein, cornées, PMA)

Pour l'obstétrique (Maternité niveau III) et la réanimation néonatale

<sup>14</sup> Hors mycobactéries

<sup>15</sup> Alzheimer et maladies apparentées

### **Site de recours (aire territoriale)**

Définition :

Le site de recours se caractérise par l'existence de plateaux techniques spécialisés et diversifiés y compris en équipements et matériels lourds, ce qui lui permet une réponse adaptée aux besoins de prise en charge du territoire

Etablissements de santé public(s) ou privé(s) d'implantation territoriale :

Effectuer les Consultations mémoire pour maladies Alzheimer et apparentées

Concourir au développement de l'éducation thérapeutique pour certaines disciplines et spécialités

Participer à la prévention secondaire (dépistage)

Pratiquer la médecine polyvalente pour diagnostic et orientation de la prise en charge

Prendre en charge certaines pathologies de la sphère de la gastroentérologie (explorations endoscopiques)

Suivre et accompagner les malades du VIH

Pratiquer :

**La cardiologie (explorations cardiovasculaires et filière rééducation)**

L'endocrinologie - diabétologie

L'hémodialyse

Se positionner comme site avancé maladies rares - drépanocytose

Effectuer les soins aux détenus avec hospitalisation

Réaliser la chimiothérapie

Prendre en charge et accompagner les addictions

Pratiquer les soins palliatifs

### **Site de proximité (aire infra territoriale)**

Définition :

Le site de proximité s'inscrit comme réponse élémentaire aux besoins d'hospitalisation du bassin de vie.

Développement de l'éducation thérapeutique

Activités de diagnostic pour pathologies courantes

Explorations fonctionnelles

Accueil des urgences de proximité

Consultations avancées par spécialités

## CHAPITRE V : VOLET CHIRURGIE

### **V-1 Constats / Enjeux / problématiques constatés pour la discipline :**

- **7 sites de chirurgie** sont répartis au sein des territoires de santé comme suit :  
Au sein du territoire Centre : 4 établissements<sup>16</sup>  
Au sein du Territoire Sud Basse-Terre : 2 établissements<sup>17</sup>  
Au sein du Territoire des îles du Nord : 1 établissement<sup>18</sup>
- **Les Enjeux et problématique : poursuite du développement de l'activité de chirurgie ambulatoire ; restructuration de l'activité chirurgicale.**

### **V-2 Des pistes d'orientations stratégiques :**

→ **Réduction des inégalités d'accès aux soins chirurgicaux programmés** : par le maintien des consultations avancées en pré et post interventions chirurgicales en proximité (recours à la télémédecine) ; par la gradation des sites de chirurgie ; développement de la chirurgie ambulatoire sur l'ensemble des sites de chirurgie ; garantir la prise en charge en secteur 1 par territoire de santé ; structuration de la prise en charge des urgences chirurgicales ;

→ **Amélioration de la qualité, la sécurité des soins et l'efficience** : par la reconversion de dont le niveau d'activité (seuils) n'est pas atteint; par la mise en place de filières de prise en charge entre sites de chirurgie et de soins de suite ; par la coordination des sites de chirurgie et les professionnels de soins ambulatoires (médecins, IDE, Kinésithérapeutes) ; par l'optimisation de la PDSES en chirurgie entre secteurs public et privé ; par le développement de la robotique (recommandations pour l'urologie, la gynécologie, l'ORL) ; l'intensification de la greffe rénale (communiquer sur l'intérêt de la greffe rénale)

#### **V-1-3 Des pistes d'organisation territoriale :**

##### **La chirurgie pour le territoire Centre :**

L'activité se répartit sur 4 sites. En dehors du site de Marie-Galante, l'offre de soins chirurgicale se situe dans la conurbation pointoise. on note sur certains sites un volume d'activité inférieur aux normes garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge.

Il est indispensable de mettre en adéquation les autorisations d'activité avec les normes fixées, de sorte que le niveau de qualité et de sécurité requis en chirurgie soit atteint au sein de chaque service de la région. Il en découle une réduction progressive du nombre de sites de chirurgie. Par contre, il conviendra de conserver un équipement de Bloc opératoire pouvant être mobilisé pour faire face à l'annonce ou à la survenue de catastrophe naturelle.

##### **La chirurgie pour le territoire Sud-Basse-Terre :**

Un site prend en charge l'activité chirurgicale au niveau de ce territoire.

Au titre de l'accessibilité des soins, il convient de mettre en place des consultations spécialisées avancées pour les disciplines absentes de ce territoire au profit de la population de ce bassin.

##### **La chirurgie pour le territoire des îles du Nord :**

Un site prend en charge l'activité chirurgicale au niveau de ce territoire.

---

<sup>16</sup> CHU, CH Sainte-Marie, Eaux-Clares, Polyclinique de la Guadeloupe

<sup>17</sup> CHBT, Saint-Pierre

<sup>18</sup> CHB L-C Fleming

Au titre de l'accessibilité des soins, il convient de mettre en place des consultations spécialisées avancées pour les disciplines absentes de ce territoire au profit de la population de ce bassin.

#### **V-1-4 Les orientations par spécialités : poursuite des principaux objectifs du SROS III (2006-2010)**

##### **V-2 Chirurgie générale et digestive**

Sites : CHU, CHBT, CH Saint-Martin, Polyclinique, Eaux-Claires

- Développement de la chirurgie lourde
- Besoins en dégagement
- Développement de la coelio-chirurgie
- Développement de la chirurgie de l'obésité
- Développement de la chirurgie plastique reconstructrice et réparatrice
- Mise en place de coopérations inter-établissements, notamment avec les CH de Marie-galante et de Saint-Martin
- Coopération CHU/CHBT pour la garde (PDSSES)

##### **V-3 Chirurgie urologique**

Sites : CHU, Eaux-Claires, Saint-Martin

- Etablir la coopération public/privé pour la permanence des soins
- Développer les consultations avancées à partir du CHU au profit du CHBT
- Développer la chirurgie ambulatoire et les programmes opératoires réglés notamment avec le Centre Hospitalier de Saint-Martin
- Organiser l'hébergement des familles (double insularité) pour soins de référence au CHU
- Facilitation des transferts aériens
- Développement de la télé médecine
- Intensifier la coopération interrégionale (Martinique et Guyane) qui a débuté avec la transplantation rénale
- Coopération avec des CHU de l'Hexagone pour cas spécifiques

##### **V-4 Développement de la chirurgie ambulatoire :**

- En priorité dans les établissements de santé disposant d'un secteur d'urologie
- Types d'interventions : endoscopies urologiques, lithotrities extracorporelles, chirurgie scrotale, explorations diagnostiques



## V-5 Chirurgie pédiatrique

- **CHU/ Centre de recours**
- **Centres de proximité**
- Eaux-Clares, CHBT, CH Saint Martin
- Traumatologie simple, chirurgie programmée au dessus de 3 ans
- Plateau technique adapté
- **Poursuite de collaboration avec des services de l'Hexagone**

Pathologies cancérologiques

Interventions lourdes nécessitant réanimation pédiatrique postopératoire

## V-6 Chirurgie ORL, odontologique et cervico-maxillo-faciale

**CHU / Pôle chirurgical ORL de référence / 6 axes**

### 1. Chirurgie carcinologique ORL

*CHU / centre de référence en cancérologie*

[Missions de coordination]

- ORL du secteur privé dans les staffs pluridisciplinaires et le suivi post-thérapeutique
- Coordination Antilles-Guyane avec ORL ayant des compétences en cancérologie
- Augmentation de la consultation hospitalière afin de prévenir l'engorgement
- Chirurgie lourde avec reconstruction : en coopération avec les orthopédistes
- Activité chirurgicale endoscopique sur lésions cancéreuses ou petits cancers
- Consultation de phoniatrie
- Phono-chirurgie préventive et curative

### 2. Chirurgie pédiatrique ORL

- Secteur privé en clinique
- Chirurgie des amygdales et végétation

*CHU*

- Interventions à risque
- Chirurgie exploratrice laryngo-trachéale pédiatrique
- Développement de la chirurgie orthognatique pour la chirurgie des fentes labio-alvéolo-vélo-palatines

### 3. L'activité de dépistage et de prise en charge de la surdité : mise en œuvre d'un centre de référence de la surdité de l'enfant

- Nécessité d'un dépistage précoce des enfants sourds
- Par les maternités : examen simple et le CHU centre de référence : bilan exhaustif, pose chirurgicale de prothèse auditive implantée

#### 4. Prise en charge des urgences ORL

- Globalisation des urgences ORL :
  - Coopération public/privé, astreintes opérationnelles
  - Prise en charge des urgences vitales respiratoires
- Intensification de consultation d'ORL

#### 5. Chirurgie traumatologique

- CHU : accroissement de l'offre opératoire en traumatologie ORL et maxillo-faciale

#### 6. Chirurgie maxillo-faciale et odontologie

- CHU : centre de référence
  - CHBT : développer la chirurgie parodontale et l'implantologie, prothèse maxillo-faciale
7. Consultations avancées et chirurgie programmée à Saint-Martin

#### V-7 Chirurgie vasculaire et endovasculaire

*Pôle de référence en chirurgie vasculaire et environnement*

- Compétences en chirurgie spécialisée et chirurgie artérielle/endovasculaire adaptées
- Plateau technique adapté
- Soins intensifs et surveillance continue
- Rééducation vasculaire et SSR spécifiques
- Soins en médecine vasculaire
- Filière spécifique néphro-anesthésique et accès pour chirurgie d'hémodialyse (accès privilégié à l'anesthésie et au bloc)
- **Chirurgie polyvalente et non vasculaire effectuée par les chirurgiens polyvalents ou à orientation vasculaire**
  - Iles du Nord – CHBT – Eaux-Claires

#### V-8 Chirurgie thoracique

- **Niveau de référence régional (CHU, en coopération avec la Martinique) :**  
Chirurgie thoracique lourde en Guadeloupe – exérèse – chirurgie carcinologique, combinée, endoscopique – SSR – Kinésithérapie
- Concentration des moyens, de préférence au niveau régional dans le cadre d'un pôle d'excellence
- Développer une politique de formation en chirurgie thoracique
- Poursuite du renforcement de la coopération carcinologique - chirurgicale – pneumologie
- Augmentation des spécialisations des plateaux techniques : bloc opératoire, chirurgie endoscopique, laser, imagerie
- Traumatologie de base à effectuer en proximité

- Effectivité de la filière d'aval : SSR, kinésithérapie respiratoire en ambulatoire

#### **V-9 Chirurgie ophtalmologique**

- Améliorer le dépistage des cataractes
- Développement du dépistage des affections oculaires chez l'enfant
- Dépistage du glaucome chronique et suivi des diabétiques (photos systématiques du fond d'œil)
- Développement de la chirurgie ambulatoire
- Pathologies courantes : en secteur ambulatoire
- Pathologies chirurgicales courantes (segment antérieur : cataracte, glaucome) : répartition public / privé  
Dans le cadre d'une bonne entente avec cas difficiles ou lourds référés au CHU
- Pathologies ophtalmologiques plus lourdes (traumatologie, décollements de rétine, rétine chirurgicale) : secteur public / CHU et CHBT [urgences] / CHU [rétine]

#### **V-10 Chirurgie orthopédique**

- **Pôle de référence régional/ CHU :**  
Orthopédie lourde
- **Pôle de recours :** CHBT – Eaux Claires – Saint-Martin

## CHAPITRE VI : VOLET PERINATALITE

### VI-1 Constats / Enjeux / problématiques constatés:

- **6 sites** sont répartis au sein des territoires de santé comme suit :

Au sein du territoire Centre : 4 établissements

CHU<sup>19</sup> (Niveau III)

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

Au sein du territoire Sud Basse-Terre : 1 établissement

CHBT (Niveau III)

Au sein du Territoire des îles du Nord : 1 établissement

CH Louis Constant Fleming (Niveau II+)


- **Les Enjeux et problématiques** : répartition territoriale adéquate et sécurisée des niveaux de maternité ; l'amélioration du suivi de la grossesse ; l'information des professionnels. L'amélioration des indicateurs concernant la mortalité maternelle et la mortalité infantile.

### VI-2 Des pistes d'orientations stratégiques:

- **Amélioration de l'accès aux soins et de l'efficacité** : par l'évaluation du niveau de risque pour la mère et l'enfant et une orientation adaptée dans l'offre graduée des maternités ; par l'équilibre de l'offre entre maternités niveau 1, 2, 3 afin d'éviter la saturation des sites de niveau 3 ; l'organisation des transferts ; le réseau de périnatalité dans son rôle d'orientation des grossesses à risque ; la réduction des inégalités d'accès au suivi de la grossesse des femmes enceintes (précarité, handicap) ; la réduction des inégalités d'accès à l'AMP et au DPN ; diversification des modes de prises en charge de l'IVG notamment hors établissement ;

- **Articulations avec la prévention et le médico-social** : pour le suivi post-natal de la mère et de l'enfant lors de l'indication d'une prise en charge médico-sociale ; articulation des établissements pratiquant l'IVG avec les centres d'éducation et de planification familiale ;

### VI-3 Des pistes d'organisation territoriale de l'activité:

 **La périnatalité pour le territoire centre :**

#### **En Gynécologie obstétrique**

Le territoire Centre dispose de 4 sites de gynécologie obstétrique. Le réseau périnatal n'existe pas.

La fermeture des sites qui se situent en dessous des seuils réglementaires est inéluctable. Il convient donc concomitamment à ces fermetures d'organiser le suivi des parturientes pendant la grossesse et après la naissance, la prise en charge de la naissance dans des conditions de sécurité pour la mère et pour l'enfant et aussi de mettre en place un accompagnement social garantissant une égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

#### **En Néonatalogie et réanimation néonatale**

Cette activité est dispensée au sein de la conurbation pointoise pour l'ensemble de ce territoire.

Au regard du nombre d'habitants du territoire, une implantation apparaît suffisante sur le site de référence.

---

<sup>19</sup> Le dispositif hospitalier est complété par l'autorisation en procréation médicalement assistée.

## **La périnatalité pour le territoire Sud Basse-Terre :**

### **En Gynécologie obstétrique**

Le territoire Sud Basse-Terre dispose d'un site de gynécologie obstétrique. On note une baisse sensible du nombre de naissance entre 2008 et 2010.

Sur le moyen terme, le maintien d'une maternité de niveau 3 ne peut être justifié au regard du nombre d'habitants du territoire et des contraintes imposées pour ce niveau de qualification très lourd financièrement.

### **En Néonatalogie et réanimation néonatale**

Cette activité est dispensée par un site pour l'ensemble de ce territoire. Au regard du nombre d'habitants de la Guadeloupe, une implantation unique serait suffisante pour les territoires Centre et Sud Basse-Terre. Il conviendra d'organiser au cours des prochaines années, les modalités de cette transition.

## **La périnatalité pour le territoire des îles du Nord :**

### **En Gynécologie obstétrique**

Ce territoire dispose d'un site de gynécologie obstétrique qui enregistre une stabilité du nombre de naissance entre 2008 et 2010.

### **En Néonatalogie et réanimation néonatale**

Cette activité est dispensée par un site pour l'ensemble de ce territoire. Aucune évolution structurelle n'est attendue, hormis l'implication de l'établissement au sein du réseau périnatalité qui devrait se mettre en place courant 2012.

## CHAPITRE VII : VOLET SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

### VII-1 - Etat des lieux-Constats

VII-1-1 19 sites de SSR sont répartis au sein des territoires de santé comme suit :

- Au sein du territoire Centre : 8 établissements<sup>20</sup>
- Au sein du territoire Sud Basse-Terre : 9 établissements<sup>21</sup>
- Au sein du Territoire des îles du Nord : 2 établissements<sup>22</sup>

**✚ Constats / Enjeux / problématiques constatés pour la discipline : poursuite de l'équilibre territoriale ; mise en œuvre de la coordination régionale des structures ; intégration de l'activité dans des parcours de soins.**

### VII-1-2 Typologie des patients

- Affections neurologiques, rééducation post-AVC : augmentation du nombre de cas d'AVC pris en charge (évolution de 58% de 2005 à 2010 soit 285 à 675 patients)
- Prise en charge des personnes âgées : polyopathologies, SSR post-chirurgicaux, dépendance physique et/ou psychique, troubles cognitifs
- Affections métaboliques et complications, diabète, HTA, insuffisance cardiaque, rhumatologie
- Affections onco-hématologiques
- Blessés médullaires, traumatisés crâniens
- Soins de suite post-chirurgicaux (orthopédie, traumatologie, viscéral, urologie)
- Prise en charge des brûlés
- Syndromes éthyliques

### VII-1.3 Principales caractéristiques [mode de prise en charge - professionnels intervenants - effectifs]

Les modes de prise en charge sont ventilés sur le plan quantitatif principalement entre hospitalisation complète et secondairement par un développement du secteur ambulatoire

Sont recensées au sein des établissements de santé la plupart des compétences médicales et paramédicales (notamment auxiliaires médicaux) formant la pluridisciplinarité des équipes :

- Compétences médicales : MPR, endocrinologie-métabolisme, gériatrie, oncologie, cardiologie, psychiatrie, omnipraticiens
- Compétences paramédicales [notamment auxiliaires médicaux] : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, neuropsychologues, psychomotriciens, psychologues, podologues, diététiciennes, nutritionnistes, orthophonistes, cadres de santé, IDE, AS, assistante sociale, cadres de santé, activité physique adaptée

### VII-2 Orientations

#### **VII.2-1 Missions attendues des services de réadaptation**

##### **➔ Missions générales :**

- Rappel de la **définition réglementaire** : L'activité de soins de suite et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elle comprend, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique
- Développement des projets thérapeutiques individualisés (dès admission voire avant celle-ci)

<sup>20</sup> CGR, Beaufort, Sainte-Marie, CHU, Choisy, l'Espérance, Eaux-Marines, Saint-Christophe

<sup>21</sup> CHBT, Selbonne, HLCBE, CMRL, Kalana, Maniokani, CMS, La Violette, Eaux-Vives

<sup>22</sup> Louis-Constant Fleming, Bruyn

- Prise en compte prioritaire des volets réadaptation et réinsertion de la discipline
- Développement de l'éducation thérapeutique notamment dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques

→ **Des pistes d'orientations stratégiques :**

- **Amélioration de la qualité des soins :** répartition équilibrée des autorisations d'activité ; coopérations entre les structures de médecine, chirurgie, obstétrique et SSR ; communication sur l'accès direct aux SSR
- **Amélioration de la qualité et la sécurité des soins :** améliorer le bilan initial du patient (exhaustivité des informations)
- **Amélioration de l'efficience :** développement de l'hospitalisation à temps partiel ; développement des coopérations (HAD, SSIAD, EHPAD...)
- **Articulations avec la prévention et le médico-social :** coordination entre les structures de SSR, professionnels de ville et structures médico-sociales ; organisation de la fluidité des parcours entre SSR, prise en charge à domicile, services médico-sociaux.

→ **Objectifs spécifiques :**

- Identification des filières de prise en charge pour la gériatrie
- Développement des soins de suite de proximité notamment à temps partiel
- Développement des alternatives à l'hospitalisation

→ **Objectifs de coordination :**

- Amélioration de la coordination entre les services SSR, les services MCO et le secteur ambulatoire
- Collaboration et complémentarités avec les réseaux de santé
- Coopérations formalisées entre les établissements de santé publics et privés, en particulier pour le réseau USLD, EHPAD, HAD
- Mise en commun de moyens à l'échelle régionale voir interrégionale (ex isocinétisme, laboratoire d'analyse du mouvement)

## VII.2-2 Modalités de la coordination régionale

### **Rapprochement entre les services de court séjour et les SSR**

- Renforcement des partenariats MCO et SSR [notamment par la connaissance mutuelle des équipes ex : journées portes ouvertes, rencontres, etc...]
- Mise en œuvre d'un outil régional, à l'image de l'outil « Trajectoires » en région Rhones Alpes, permettant de faciliter les transferts : connaissance de la disponibilité en lits et de l'orientation de l'unité - fiche unique régionale de transfert, présence d'un correspondant au sein de chaque unité, principe de RCP - retour rapide en court séjour en cas de nécessité
- Structuration de filières de prise en charge par le conventionnement
- Incitation au principe de conventions par spécialité

- Incitation au principe de convention de repli avec évaluation annuelle et staffs communs

#### **Coopération entre les structures de SSR et médico-sociales (SSIAD, EHPAD, etc...)**

- Amélioration de la connaissance des dispositifs de prise en charge médico-sociale disponibles
- Recommandation de développement plus important de places dans le secteur médico-social
- Incitation au développement de partenariats avec un principe d'évaluation annuelle
- Améliorer la liaison Hôpital/ secteur médico-social et social pour :

Veiller au développement des missions de réadaptation sociales et professionnelles

Faire face aux problématiques de prise en charge sociale (raccourcir les délais de gestion des dossiers par l'assistante sociale)

#### **Mise en œuvre de la coordination régionale (animation et concertation entre les structures de SSR)**

- La coordination a pour but de faciliter le rapprochement fonctionnel entre les services de court séjour (et la médecine libérale) et de SSR.
- L'animation pourrait se conceptualiser en 2 temps :

Le 1<sup>er</sup> temps organisationnel consacré à la mise en place consensuelle des outils permettant d'améliorer la circulation des informations et la prise en charge des patients

- rédaction d'une « charte ou convention régionale des services de SSR » pour les établissements s'engageant dans la coordination
- édition d'annuaire des établissements et des unités avec indications des orientations et identification d'un « référent coordination » dans chaque établissement dispensant des Soins de Suite
- création d'une **fiche de demande d'admission** unique pour toutes les structures
- mise en place d'un outil d'aide à l'orientation des patients qui pourra être adressé aux médecins libéraux et hospitaliers
- **à terme veiller à l'intégration de ces outils dans la plate forme informatique régionale e-santé**


Le 2<sup>ème</sup> temps plus fonctionnel où la coordination pourra se consacrer à la résolution de situations difficiles :

- concernant certaines typologies de patients (états végétatifs, précarités, etc.)
- et des situations individuelles (« patients en impasse hospitalière »)
- facilitation du retour des SSR vers le MCO en cas de difficultés.

- Cette organisation devrait permettre :

1. Le développement de la qualité de prise en charge et la gestion d'un dossier médical unique
2. La coordination des filières
3. L'harmonisation des pratiques
4. Une démarche qualité commune (ratios en personnels, démarche interdisciplinaire etc...)



 **Diversification de l'offre de SSR (hospitalisation à temps partiel, HAD, consultations externes, etc...)**

- Accentuation de la communication en direction de la population afin de mieux connaître l'offre de SSR
- Développer les alternatives à l'hospitalisation notamment en vue du retour et du maintien à domicile [ex HDH « décentralisées », « CMP » pour personnes âgées]
- Développement des consultations externes avec des équipes spécialisées afin d'éviter des ré hospitalisations intempestives
- Renforcer le développement de la diversification des modes de prise en charge afin de s'adapter à la situation des patients

## CHAPITRE VIII : VOLET HOSPITALISATION A DOMICILE

### VIII-1 - Etat des lieux/ Constat

#### **VIII-1-1 Données générales**

- Vieillesse de la population
- Isolement croissant des personnes
- Constat d'insuffisance de ressources chez certains patients
- Augmentation du nombre des patients atteints par la maladie d'Alzheimer ou autres pathologies neuro-dégénératives

#### **VIII-1-2 Implantation et graduation de l'offre**

- Multiplicité de l'offre au plan régional
- 9 autorisations installées au plan régional dont la répartition se présente comme suit :

Territoire des Iles du Nord : 1 autorisation gérée par la Clinique de Choisy

Territoire Centre Grande Terre<sup>23</sup> : 5 autorisations (Groupement Guadeloupéen de Coopération HAD Nord Basse-Terre, Centre Hospitalier Gérontologique du Raizet, Centre Hospitalier Universitaire, Clinique des Nouvelles Eaux marines, Clinique de Choisy)

Territoire Sud Basse-Terre : 3 autorisations (Centre Hospitalier Louis Daniel Beauperthuy, Hôpital de Capesterre-Belle-Eau, Clinique du Centre Médico-Social)

### VIII-2 Enjeux/ Problématique

- Persistance de la méconnaissance du dispositif de l'HAD par les professionnels de santé et la population ;
- Concurrence et défaut de collaboration entre les personnels des services de l'HAD et des SSIAD ;
- Relations confraternelles difficiles entre médecins coordonnateurs en HAD et médecins traitants
- Sous-équipement du secteur médico-social en matière d'accueil en institution et de prise en charge à domicile entraînant un recours inapproprié aux services de l'HAD
- Problématique des périmètres d'intervention structures au regard des autorisations délivrées
- Problématique de la durée des prises en charge en HAD par rapport aux instructions réglementaires

### VIII-3 Orientations

#### *VIII-3-1 Dans les domaines administratif et réglementaire*

- Mise en place de contrôles et d'évaluations des sites pour vérification de la qualité et de la sécurité de la prise en charge conformément aux indications de GHT<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup> L'implantation pour le bassin de Marie-galante est autorisée mais non installée

### VIII-3-2. Dans les domaines médico-économique et organisationnel

- Mise en place des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) entre l'ARS et les structures d'HAD. Evaluation du fonctionnement des structures d'HAD au regard de la réglementation en vigueur.
- Pris en compte des recommandations du rapport IGAS de novembre 2010 :
- « Déterminer la place de l'HAD dans les PRS et le SROS à partir d'une évaluation précise des besoins. » (recommandation n°5)
- Inciter les services d'HAD à organiser leur activité par grand regroupement de modes de prise en charge (recommandation n°6) (ex : cancérologie, périnatalité, gérontologie/gériatrie)
- « Faciliter la coopération entre HAD et SSIAD en systématisant les conventions de relais et de mutualisation des ressources » (recommandation n°9)
- « Formaliser davantage et valoriser la coordination avec les libéraux. La règle d'or doit rester que le médecin traitant est le médecin responsable de la prise en charge du patient. Il convient toutefois de lui laisser la possibilité, à sa demande et d'un commun accord avec le médecin coordonnateur, que ce dernier assure ce rôle pour toute la durée du séjour. Ceci doit être clairement formalisé » (recommandation n°12)
- Elaboration de conventions de coopération entre structures et professionnels de santé pour la gestion des urgences
- Programmation de formations communes aux effecteurs médicaux et paramédicaux (échanges sur les pratiques professionnelles, formation continue, information sur les missions et le rôle de l'HAD...)

## CHAPITRE IX : VOLET URGENCES ET PERMANENCE DES SOINS

### IX-1 Etat des lieux/Constat

#### **IX-1-1 Données générales**

Accroissement significatif du nombre de passages aux urgences hospitalières en dépit de la mise en place des maisons médicales de garde dans le secteur ambulatoire

- Activité du SAMU (régulation) fortement contrainte par une forte proportion d'appels non urgents et ou sociaux

### IX- 2. Implantation et graduation de l'offre

Un pôle régional unique pour l'activité des urgences pédiatriques est prévu au niveau du Centre Hospitalier Universitaire (CHU), lequel dispose également d'un plateau technique spécialisé en gynécologie participant à la prise en charge des urgences au plan régional

Une organisation territoriale des urgences qui comprend pour la région Guadeloupe un SAMU\*, 3 SMUR\*, 5 sites de prise en charge des urgences :

- ❑ Territoire Centre Grande Terre : CHU (SAMU\*, SMUR\*), Clinique des Eaux Claires et Centre Hospitalier de Marie-Galante
- ❑ Territoire Sud Basse-Terre : Centre Hospitalier de Basse-Terre (SMUR\*)
- ❑ Territoire des Iles du Nord : Fédération des Iles du Nord (SMUR\* du Centre Hospitalier Louis Constant Fleming de Saint-Martin)

Une prise en charge des urgences pour les Iles de La Désirade et des Saintes organisée en lien avec le CHU (intervention préalable d'un médecin correspondant)

### IX-3 Enjeux/ Problématique

Absence de réseau de soins des urgences au plan régional

Insuffisance dans la coordination entre le dispositif hospitalier des urgences et celui de la permanence des soins ambulatoires

Insuffisance de l'articulation des urgences avec les secteurs de la prévention, du médico-social (personnes âgées et personnes handicapées) , de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation

Problématique récurrente liée à la présence d'un seul hélicoptère dans le dispositif de transports sanitaires aériens (convention entre le CHU et la Sécurité Civile) : problématique des transports sanitaires urgents dans le cadre de la double insularité (Iles du Nord, La Désirade, Iles Saintes, Marie-Galante), problématique de la couverture en urgence de certaines zones de la Guadeloupe (ex. de la Côte « Sous le Vent »)

Insuffisance dans le développement de la télémédecine avec deux systèmes opérationnels installés au CHU (absence de mise en réseau) et à l'Hôpital de Saint-Barthélemy

## **IX-4 Orientations**

### **IX-4-1. Régulation SAMU Centre 15 et permanence des soins (moyens de transport)**

Renforcement de la disponibilité de l'hélicoptère pour les évacuations sanitaires, soit par un partenariat accru avec la Sécurité Civile, soit par recours à une société privée spécialisée dans les évacuations sanitaires hélicoptérées. Cet aménagement devra tenir compte des conditions spécifiques de mise en œuvre des évacuations sanitaire depuis les Îles du Nord.

Une réflexion pourra être conduite sur l'éventuel aménagement de la régulation hospitalière afin de prendre en compte les spécificités des Îles du Nord.

Mise en place d'un partenariat étroit entre les services d'urgences du CHU et du CH de Marie-Galante prenant la forme d'une communauté hospitalière de territoire (CHT). Cette structure de coopération outre les Urgences, concernera les consultations externes, la Direction. Elle pourra intégrer d'autres services en fonction des souhaits des deux partenaires.

Une réflexion sera conduite sur l'intégration éventuelle des structures d'urgences du Centre Hospitalier de Basse-Terre à la CHT constituée entre le CHU et le CH de Marie-Galante. On disposerait ainsi d'un dispositif unique d'urgence public multi sites pour la Région Guadeloupe.

Entre les CH de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy sera aussi constituée une Communauté Hospitalière de Territoire pour renforcer le partenariat entre les structures d'urgences et éventuellement les services de médecine.

### **IX-4-2 Accueil spécifique des personnes âgées**

Projet de mise en place d'un accueil spécifique au sein du Service des Urgences au bénéfice des personnes âgées (avec pour objectif de diminuer le temps de passage des personnes âgées et leur apporter une prise en charge plus adaptée)

En amont du Service des Urgences : projet de création d'une équipe mobile médicale et paramédicale destinée à organiser tant l'hospitalisation que le retour à domicile

En aval du Service des Urgences : renforcement de l'action du SSR dans le but d'améliorer le suivi post-hospitalier des personnes âgées

### **IX-4-3 Télémédecine**

Un développement plus important est réservé à la télémédecine au sein d'un volet spécifique de ce schéma.

Mise en réseau du système de télémédecine du SAMU (CHU)

Objectif d'installation d'un système de télémédecine au SMUR du Centre Hospitalier de Basse Terre (CHBT) (programmation du lancement d'un appel à projet) de même qu'auprès du SMUR du Centre Hospitalier Louis Constant Fleming de Saint-Martin

### **IX-4-5 Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP)**

Signature d'une convention avec le Groupement d'Intervention de la Police Nationale (GIPN) dans le cadre de la prise en charge des malades agités (la généralisation progressive du champ d'action de la CUMP en dehors de la seule prise en charge des victimes de catastrophe entraîne des difficultés pour les équipes lorsqu'elles sont confrontées à des individus relevant d'une prise en charge psychiatrique)

Création d'un poste de psychiatre au SAMU du CHU au titre de la CUMP

#### **IX-4-8 Réseau de soins des urgences**

Formalisation des conditions de fonctionnement du réseau de soins d'ores et déjà opérationnel au plan régional autour du CHU

Objectif d'ouverture du réseau aux acteurs des soins de ville

#### **IX-4-7 Questions relatives à la prise en charge des syndromes coronariens et de la néonatalogie/Pédiatrie**

##### **Prise en charge des syndromes coronariens**

- ❑ Développement de la prévention en vue d'une meilleure connaissance du public des signes avant-coureurs d'un accident vasculaire cérébral (AVC)
- ❑ Objectif d'une meilleure couverture des soins en matière d'AVC par la mise à disposition du CHU d'un second hélicoptère (cf. orientation présentée en III - 1)

##### **Prise en charge en néonatalogie et en pédiatrie**

- ❑ Projet de suppression du plateau pédiatrique du Centre Hospitalier de Basse-Terre (CHBT) et de regroupement des maternités, en raison du déclassement à Basse-Terre de la maternité de niveau 3
- ❑ Préconisation du transport en urgences pédiatriques des nouveaux nés en couveuse dans l'ambulance en raison de l'utilisation peu efficiente de l'ambulance pédiatrique acquise antérieurement par le CHU

## CHAPITRE X: VOLET REANIMATION, SOINS INTENSIFS, SURVEILLANCE CONTINUE

### X-1. Constats / Enjeux / problématiques constatés pour la discipline :

- **Définitions :**

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

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

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

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

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

- **Les principaux constats :**

**4 sur 7 sites se sont inscrits** dans la filière décrite par le SROS III, selon les catégories susmentionnées, au sein des territoires de santé comme suit : au sein du Territoire Centre : 2 établissements (CHU, Eaux-Claires) ; au sein du Territoire Sud Basse-Terre : 1 établissements (CHBT) ; au sein du Territoires des îles du Nord : 1 établissement (Louis-Constant Fleming)

#### **Un contexte d'évaluation<sup>25</sup> (interne et externe) des sites de réanimation indiquant :**

- Un sous-dimensionnement de la réanimation du CHU [sous-équipement en personnel médical - Sous-équipement en personnel paramédical] et capacité de prise en charge insuffisante.
- Un service de réanimation au CHBT ne répondant pas aux normes d'implantation et de fonctionnement réglementaires
- Des unités de surveillance continue faiblement mises en œuvre au sein de l'aire territoriale globale (Saint-Martin, Eaux-Claires)
- Une réorganisation régionale attendue de la filière de prise en charge

En **termes d'orientations globales**, les recommandations portaient sur l'augmentation du nombre de lits de réanimation ainsi que celui des USIC existantes, la mise en œuvre d'au moins une unité de soins intensifs neurovasculaires, la mise en œuvre de la surveillance continue en post-réanimation ainsi qu'en secteur postchirurgical.

- **Les enjeux** demeurent la répartition territoriale et mise aux normes des sites, le renforcement de la filière neurovasculaire et de la prise en charge (AVC). Un Contexte local restant caractérisé par un sous équipement : insuffisance des lits de soins lourds (absence de surveillance continue et de post-réanimation) ; la problématique des lits de dégagements ; la problématique de la filière de prise en charge pour les situations de double insularité (CH Saint-Martin, CH Marie Galante)

---

<sup>25</sup> Rapport H. Dupont, J. Régner -

## X-2. Les orientations

### **X-2-1 Les recommandations générales**

- Mise en œuvre d'une prise en charge régionale en réanimation polyvalente
- Fonctionnement des services en conformité avec les dispositions réglementaires
- Fonctionnement des unités de surveillance continue s'appuyant sur les recommandations SFAR-SRLF fixant l'organisation des unités de surveillance continue (sociétés savantes)
- Amélioration de l'accès aux soins : organisation graduée et coordonnée des trois niveaux de soins ; corrélation des objectifs régionaux de la filière avec les activités relevant des SIOS ;
- Amélioration de la qualité, sécurité des soins et de l'efficacité : organisation de la lutte contre les infections nosocomiales ; développement des prélèvements d'organes et de tissus par l'inscription systématique de équipes de réanimation dans les réseaux de prélèvement en place
- Développement de la profession :
  - Faire face à l'insuffisance démographique des praticiens réanimateurs
  - Développement de la formation
  - Accompagnement des personnels
  - Actualisation continue des pratiques professionnelles
- Principe de contractualisation intersites
- Principe d'évaluation de l'activité des sites

### **X-2-2 Regroupement de l'activité de réanimation sur site unique (CHU)**

Ce regroupement n'interviendra qu'après les travaux d'extension et de rénovation du service de réanimation du CHU.

- Reconstruction – rénovation du service de réanimation du CHU
- Maintien de structures relais au CHBT, susceptibles de se transformer en site de réanimation si besoin suite à des événements graves (ex catastrophes naturelles, plan blanc) (architecture, équipements).
- Renforcement des compétences sur site unique de réanimation

### **X-2-3 Reconstitution des 2 unités de soins intensifs cardiologiques (USIC, CHU et CHBT) existantes ainsi que l'unité de soins intensifs neurovasculaires (USINV, CHU)**

Redimensionnement de la surveillance continue au sein de l'aire territoriale globale

- Surveillance continue post-réanimation réglementaire sur site du CHU
- Le service de Réanimation du CHBT sera transformé en service de Surveillance continue avec maintien d'un niveau d'équipements à celui d'un service de réanimation, lorsque le service de Réanimation du CHU aura été agrandi et rénové.
- Reconstitution des lits de surveillance continue post-chirurgicale sur site des Eaux-Claires
- Extension de la capacité de la surveillance continue sur site de Saint-Martin : 4 à 6 lits
  - Faire face à la situation d'éloignement – gestion des situations complexes avant transfert – prise en charge des grossesses compliquées - cas de surveillance continue classiques



#### **X-2-4 Organisation régionale des lits de dégagements pour la filière**

La coordination des Soins de Suite et de Réadaptation qui se met en place favorisera la fluidité du parcours du patient.

## CHAPITRE XI : VOLET IMAGERIE MEDICALE

- ✚ **Les orientations du SROS III ont été axées sur le développement et l'optimisation de l'offre, la couverture territoriale intégrale (îles du Nord).**

**XI-1 Des Enjeux / problématiques constatés pour la discipline :** la continuité des soins et des services, la coopération public/privé, le recours aux nouvelles technologies (télémédecine, téléradiologie).

### **XI-1-1 Des pistes d'orientations stratégiques :**

- **Amélioration et réduction des inégalités d'accès aux soins :** accélérer la substitution de l'IRM aux techniques irradiantes (radiologie conventionnelle et scanographie) sur la base des bonnes pratiques (HAS, ASN, Plan Cancer, Plan AVC, Plan Alzheimer) ; développer et diversifier le parc d'IRM en priorisant l'accès permanent à l'IRM (urgences pédiatriques, AVC dans leur phase aiguë), en facilitant l'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers (mise à disposition d'IRM selon des plages horaires adaptées) et en évaluant le besoin d'appareils supplémentaires ; définir une gradation des plateaux techniques d'imagerie médicale par territoire de santé (types et nombre des équipements matériels lourds par niveau de plateau technique selon les modalités d'accès) ; améliorer l'accès à l'imagerie non programmée en lien avec le réseau des urgences ; favoriser l'accès à l'IRM auprès de l'ensemble des professionnels du territoire de santé ; garantir l'accessibilité financière en secteur 1 pour les examens par IRM et scanographe par territoire de santé ; identifier les actes interventionnels thérapeutiques utilisant les équipements matériels lourds d'imagerie
- **Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins :** diversifier les catégories d'appareils d'IRM selon la topographie et/ou la pathologie ; diffuser le guide de bon usage des examens d'imagerie auprès des prescripteurs, des réalisateurs d'examen d'imagerie, des acteurs de santé ville - hôpital et du grand public (campagnes d'information)
- **Amélioration de l'efficacité :** équilibrer et optimiser la productivité des machines (mutualisation des ressources humaines disponibles, extension des plages horaires, accès permanent des sites participant à la permanence des soins) ; utiliser les outils organisationnels de l'ANAP pour identifier les axes majeurs d'amélioration des organisations internes (plateaux techniques, coopérations territoriales) pour optimiser la réalisation des examens et la gestion du temps ; améliorer l'accès des personnes hospitalisées (réduction de la durée moyenne de séjour)
- **Points d'articulation avec la prévention et le médico-social :** prendre en compte les besoins spécifiques en examens d'imagerie des patients du secteur médico-social ; élargir la diffusion du guide de bon usage des examens d'imagerie à l'ensemble des acteurs de santé ville - hôpital et médico-sociaux et au grand public.

### **XI-1-2 Des pistes d'organisation territoriale de l'activité :**

#### **L'imagerie médicale pour le territoire Centre :**

La prestation d'imagerie par résonance magnétique est dispensée par deux sites positionnés dans la conurbation pointoise. Le niveau d'activité des équipements est très inégal. Certains de ces équipements sont sous-utilisés.

#### **L'imagerie médicale pour le territoire Sud Basse-Terre :**

La prestation d'imagerie par résonance magnétique est dispensée par un site unique.

#### **L'imagerie médicale pour le territoire des îles du Nord :**

La prestation d'imagerie par résonance magnétique est dispensée par un site unique à Saint-Martin. Le développement de la télé-radiologie permettra une amélioration du service rendue à la population des deux îles du Nord.

**Orientations générales :**

Afin de répondre à la baisse du nombre de radiologues, il convient d'utiliser la télémédecine et d'ouvrir l'accès de ces matériels aux radiologues libéraux, ainsi qu'à ceux qui exercent dans des établissements de santé non pourvus de ce type de matériel. L'installation de nouveaux matériels est subordonnée à la saturation des équipements déjà existants, à l'exception du site de Saint-Barthélemy qui pourra faire l'objet d'un traitement prenant en compte ses spécificités.

## CHAPITRE XII : VOLET ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

### XII-1 Champ des activités interventionnelles concernées -

#### Enjeux et problématiques - Champ du SROS pour la région

Le **champ des activités interventionnelles** sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie porte selon les textes susmentionnés sur trois types d'actes :

- Les actes électrophysiologiques de **rythmologie interventionnelle** de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme
- Les actes portant sur **les cardiopathies de l'enfant** y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence
- Les actes portant sur les **cardiopathies de l'adulte**

#### XII-1 -1 Enjeux et problématiques

Les trois types d'actes sont soumis selon les termes de l'arrêté du 14 avril à des **seuils d'activités minimales annuels** comme suit :

- **Pour la rythmologie**, 50 actes d'ablation endocavitaire autres que l'ablation de la jonction atrio-ventriculaire
- **Pour les cardiopathies de l'enfant**, 40 actes de cathétérismes interventionnels [y compris les éventuelles ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales]. Au moins la moitié du nombre minimal est réalisé sur les enfants
- **Pour les cardiopathies chez l'adulte**, 350 actes d'angioplastie coronarienne

1. **Les cardiopathies chez l'enfant** n'impliquent qu'un très faible potentiel de recrutement de file active pour la région. Ce qui **exclut cette série d'actes du champ de la révision du SROS**.

2. Les **cardiopathies chez l'adulte** impliquent un niveau de recrutement régional qui incite à positionner **le CHU comme pôle de référence pour l'activité** [une implantation unique pour le territoire de santé] du fait du niveau minimal d'activité requis.

3. S'agissant de la **rythmologie**, une dichotomie a été instaurée en dissociant les actes réalisés par les "ablateurs" des actes réalisés par les "stimulistes" et "poseurs". En effet l'arrêté susmentionné prévoit pour chaque site au moins 50 actes d'ablation endocavitaire. Autrement dit, des seuils ont été opposés à la pratique d'ablations et en revanche pas de seuils indiqués pour les implantations de STC et DCI.

Le CHU de Pointe-à-Pitre et le Centre Hospitalier de la Basse-Terre ne pourraient se positionner sur ce volet de l'autorisation du fait de ce seuil pesant sur l'activité générale de rythmologie d'une part. D'autre part la volonté historique (notamment en mutualisant les ressources et plateaux techniques) a été de présenter un exercice de la rythmologie avec trois sites [CHU Pointe-à-Pitre, CHU Fort-de-France, CHBT] constituant le pôle interrégional de rythmologie. Cette volonté interrégionale a été agréée par les tutelles régionales et nationales de la santé depuis 2006.

Il est par conséquent proposé d'exclure la rythmologie des SROS régionaux (Martinique, Guadeloupe) et d'en confirmer la prise en compte dans le cadre d'un Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire (SIOS).

**Synthèse : Il est donc proposé de limiter le champ du SROS activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie, aux seuls actes portant sur les cardiopathies de l'adulte.**

## XII-1 -2 Conditions et contraintes de fonctionnement

S'agissant des actes portant sur les cardiopathies de l'adulte, les décrets stipulent l'obligation pour le demandeur de pouvoir répondre des contraintes de fonctionnement suivantes :

- réaliser au moins chaque année **350 actes d'angioplastie coronarienne**
- disposer d'une **salle d'angiographie numérisée** dédiée aux activités cardiovasculaires
- s'engager à pratiquer l'activité 24h/24 tous les jours de l'année et assurer la permanence des soins
- disposer d'un nombre de lits d'hospitalisation permettant la prise en charge en urgence des patients relevant du type d'actes et veiller à la continuité des soins
- les activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire constituent un **plateau technique spécialisé** participant à la prise en charge des urgences [cf art R 6123-32-1 dixit (...)] Lorsque le patient nécessite une prise en charge médicale ou chirurgicale spécialisée dans un très bref délai et que son pronostic vital ou fonctionnel est engagé, il est directement orienté, par le SAMU ou en liaison avec ce dernier, vers le plateau technique adapté à son état]
- le titulaire de l'autorisation doit être membre du réseau de prise en charge des urgences
- lorsque l'état du patient exige des soins de chirurgie cardiaque, de chirurgie vasculaire, de réanimation, la prise en charge directe ou le transfert [convention] est réalisée dans un établissement apte à dispenser des soins dans des délais compatibles avec les exigences de sécurité
- pour les interventions, le demandeur doit disposer dans un bâtiment commun ou dans un bâtiment voisin d'une **unité d'hospitalisation médecine temps complet** et d'une **Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC)**
- les protocoles organisant la prise en charge des patients sont réalisés entre les médecins pratiquant les activités interventionnelles et le médecin responsable de l'USIC
- les conventions organisant la prise en charge en urgence des patients sont conclues entre les titulaires de l'autorisation et les établissements autorisés à pratiquer la médecine d'urgence

Il est également prévu l'encadrement de l'acte interventionnel sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie à la condition de la participation :

- d'un médecin justifiant d'une formation et d'une expérience dans la discipline. Un deuxième médecin intervient sans délai, si nécessaire
- d'au moins deux auxiliaires médicaux formés à la réalisation de ces actes
- à la demande du médecin prescripteur ou effecteur, un médecin anesthésiste-réanimateur est en mesure d'intervenir lors de la prescription et la réalisation de l'acte
- 

## XII-2 Quelques éléments et indicateurs ayant trait au contexte régional

### XII-2-1. Le contexte socio-sanitaire

#### ▪ Surreprésentation régionale des affections cardio-vasculaires :

##### ○ Un contexte régional de surmortalité

Chez l'homme 299 décès / 100 000 vs 267 en moyenne nationale

Chez la femme 375 décès / 100 000 vs 297 en moyenne nationale

##### ○ Importance des facteurs de risques

Hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie, obésité abdominale

*Une demande croissante de soins*

○ Une croissance démographique susceptible de s'accompagner d'une augmentation générale du recours aux soins et d'une augmentation de la prévalence des affections cardiovasculaires

○ Une forte prévalence de l'HTA, une forte progression du diabète et de l'obésité

### XII-2-2. Le contexte hospitalier

▪ Le CHU se positionne comme un acteur de référence dans la prise en charge des pathologies cardiaques et en particulier de la pathologie coronaire aiguë [mise à disposition d'une unité de soins intensifs en cardiologie, salle de cardiologie interventionnelle]

▪ Une offre de soins s'inscrivant en complémentarité d'intervenants du fait de l'intervention du CHU agissant avec l'offre du service de cardiologie du CHBT (disposant d'une unité de cardiologie) et celle du CHU de Fort-de-France (disposant d'un service de chirurgie cardiaque)

## XII-3 Les recommandations régionales pour la discipline

### Les recommandations générales

○ Répondre à une demande croissante de soins dans une discipline prenant en charge des problématiques majeures de santé publique

○ Mise en œuvre d'une offre de soins en adéquation avec les contraintes réglementaires [voir notamment l'atteinte des seuils d'activité minimale annuels] ainsi que les recommandations des sociétés savantes

- Constituer un pôle d'excellence capable d'intégrer les évolutions techniques de la cardiologie interventionnelle coronaire pour la prise en charge des pathologies courantes et lourdes dans le domaine cardio-vasculaire

- **Les objectifs opérationnels**

- Augmenter la capacité d'accueil de l'USIC (10 lits)
- Mettre en place les conditions effectives d'une astreinte médicale 24h/24 au CHU

## CHAPITRE XIII : VOLET PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

- S'agissant de la psychiatrie

### XIII -1 Constats / Enjeux / problématiques constatés pour la discipline :

**5 établissements pratiquent l'activité de psychiatrie** et répartis comme suit au sein des territoires de santé :

- Territoire Centre : CHU (incluant pour le G04 Sainte-Marie), l'Espérance
- Territoire Sud-Basse-Terre : CHM, Eaux-Vives
- Territoire des îles du Nord : Louis Constant Fleming

**Les enjeux / problématique constatés concernent : la démographie médicale, la formation des professionnels de 1<sup>er</sup> recours à la prise en charge psychiatrique, le développement des coopérations intersectorielles (enfants, adolescents, précarité, exclusion, personnes âgées, addictions), l'amélioration de l'épidémiologie.**

### XIII-1-1 Des pistes d'orientations stratégiques :

- **Amélioration de l'accès aux soins** : organisation du circuit de l'urgence avec les partenaires impliqués (SAMU) ; démarches de prévention et d'inscription des patients dans les soins ; insertion des situations de crise et d'urgence dans une démarche globale de soins ; organisation de la prise en charge des troubles mentaux par une meilleure coopération avec les médecins généralistes ; accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles mentaux ;
- **Continuité des prises en charge** : répartition territoriale équilibrée des différentes modalités de prise en charge ; coopérations avec les partenaires du logement et de l'insertion ; organisation en réponse pour les populations spécifiques (personnes âgées, adolescents, personnes détenues...) ; accès des personnes souffrant de troubles psychiques à l'ensemble des soins
- **Amélioration de la qualité des soins** : réserver l'hospitalisation complète aux personnes qui relèvent de cette prise en charge ;
- **Amélioration de l'efficacité** : mieux spécifier le rôle des structures d'accueil à temps partiel et organiser leur accessibilité ; coordination des prises en charge psychiatriques en addictologie avec le soin et le médico-social ;
- **Articulations avec la prévention et le médico-social** : conditions d'accueil et ou de prise en charge des personnes handicapées psychiques ; accès des patients psychiatriques aux campagnes de dépistage et de prévention nationales (ex cancers du sein) ; relations avec les collectivités territoriales pour intégration des besoins de patients dans la définition de leurs politiques ;

### XIII-1-1-2 Des pistes d'organisation territoriale de l'activité:

#### **La psychiatrie pour le territoire centre :**

Le territoire Centre dispose de 2 sites autorisés, mais l'activité est répartie géographiquement sur 3 sites, dont Marie-Galante.

La coopération avec Marie-Galante doit être contractualisée et renforcée.

#### **La psychiatrie pour le territoire Sud Basse-Terre :**



Le territoire Sud Basse-Terre dispose de 2 sites autorisés, dont un site de référence pour l'ensemble de l'espace administratif de l'ARS.

### **La psychiatrie pour le territoire des îles du Nord :**

Le territoire Iles du Nord dispose d'un site autorisé pour cette activité.

Les modalités de prise en charge des urgences psychiatriques, doivent faire l'objet d'une coopération formalisée, voire contractualisées entre les services concernés.

### **XIII-2 S'agissant des soins aux détenus**

✚ **Les orientations du SROS III** ont été fixées au volet psychiatrie au titre des offres spécialisées reposant sur le dispositif UCSA/SMPR.

**Des Enjeux / problématiques constatés pour la discipline :** améliorer la cohérence des soins somatiques et psychiatriques prodigués aux personnes sous main de justice ; améliorer la prise en charge des détenus en structurant et organisant la coopération entre le SMPR et l'UCSA ; améliorer la prise en charge psychiatrique à la libération ; montée en charge du dispositif de prise en charge pour les auteurs de violence sexuelle.

#### **XIII-2-1 Des pistes d'orientations stratégiques :**

- **Amélioration de l'accès aux soins :** mettre en œuvre des projets spécifiques pour les auteurs d'infractions sexuelles ; organiser l'accès aux soins dans les situations d'urgence (nuit, week-end) en partenariat avec le SAMU et les professionnels du premier recours ; évaluer et éventuellement compléter le dispositif des chambres sécurisées (accueil des patients en urgence) ; favoriser l'accès aux soins aux détenus sortant de prison (souci d'absence de rupture de prise en charge)
- **Amélioration de l'efficience :** favoriser le développement de la télémédecine et des réseaux informatiques au service des soins en milieu pénitentiaire.
- **Points d'articulation avec la prévention et le médico-social :** améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins en détention (transferts, sorties) ; améliorer la prévention du suicide en détention ; rendre accessibles les programmes de dépistage aux personnes détenues.

#### **XIII-3 Des pistes d'organisation territoriale de l'activité :**

- o **Reconduction du dispositif existant**

## CHAPITRE XIV : CANCEROLOGIE

### XIV-1 Etat des lieux/Constat

Prédominance du cancer du sein chez la femme (38 % des cancers) et du cancer de la prostate chez l'homme (55 % des cancers)

Une incidence des cancers globalement inférieure ou équivalente à celle constatée au niveau national à l'exception de certains types de cancers (cancers de la prostate)

Constat d'une incidence des cancers plus élevée au plan local dans les zones identifiées comme ayant des taux importants de mortalité par des pathologies liées à l'alcool

#### **XIV-1-1 Points forts**

Revalorisation de la filière radio physique

Développement des consultations pluridisciplinaires

Protocolisation des interventions d'associations de bénévoles dans les services de cancérologie

Réalisation d'actions de prévention (information, communication) sur les facteurs de risques en cancérologie

Mise en place du registre du cancer

#### **XIV-1-2. Points faibles**

Absence de repositionnement de la curiethérapie

Non installation d'une tête de PET Scan par défaut d'acquisition de l'appareil au niveau de la région Martinique

Pas de création d'une tumurothèque

### XIV-2. Implantation et graduation de l'offre

L'activité de cancérologie<sup>26</sup> a fait l'objet d'une révision du SROS III indiquant **6 implantations** :

---

<sup>26</sup> Voir révision de novembre 2008 et décrets du 21 Mars 2007 relatif aux conditions d'implantation et de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer. Ces textes indiquent les modalités de prise en charge en cancérologie : médecine nucléaire, chimiothérapie, chirurgie des cancers, radiothérapie, curiethérapie.

✚ Les sites recensés:

Etablissements autorisé	Territoire	Chimio thérapie	Chirurgie des cancers						Radio thérapie
			mammaire	digestive	urologique	thoracique	gynécologique	ORL et maxillo-facial	
C.H.U.	Centre	X	X	X	X	X	X	X	X
GCS GROUPEMENT GUADELOUPE EN DE COOPERATION EN ONCOLOGIE	Centre et B/Terre	X							
CLINIQUE SAINT-PIERRE <sup>27</sup>	BASSE-TERRE								
CHBT	BASSE-TERRE	X		X			X		
CLINIQUE LES EAUX CLAIRES	Centre		X	X	X		X	X	
POLYCLINIQUE DE LA GUADELOUPE <sup>28</sup>	Centre		X						

- la reconduction d'un site unique (CHU) pour l'activité de **médecine nucléaire**
- Le SROS<sup>29</sup> indique la possibilité de développement de la **curiethérapie** au niveau régional, la possibilité pour les sites en double insularité de se constituer en **sites associés pour la pratique de la chimiothérapie**.

#### XIV-3-1 Les constats par modalités de prise en charge :

- L'absence de développement de la curiethérapie, pourtant réputée utile dans le cas des prises en charge de certaines affections cancéreuses (parties molles et orificielles).

<sup>27</sup> Clinique Saint-Pierre : procédure en cours d'exécution de liquidation judiciaire supposant à terme la perte d'autorisation

<sup>28</sup> Polyclinique : constat après visite de conformité du non respect des seuils en chirurgie mammaire pour les trois années précédentes (2008,2009,2010) ; d'où retrait de l'autorisation

<sup>29</sup> Des **collaborations/coopérations étaient attendues** entre le CHBT et Saint-Pierre : en Chirurgie carcinologique mammaire En chirurgie carcinologique digestive En chirurgie carcinologique gynécologique

### XIV-3 Enjeux / Problématique

Une intensification de la filière de prise en charge à poursuivre : si celle-ci est en cours pour les unités ambulatoires, elle n'est pas encore réalisée au titre de l'accès aux soins palliatifs et des consultations douleurs)

Une adaptation des ressources médicales aux besoins qui demeure incomplète, notamment en matière de compétences oncologiques

Equité partielle dans la distribution de l'offre de prise en charge et des possibilités d'hébergement (double insularité)

Développement partiel des places d'HAD et des places d'hospitalisation de jour

Développement des lits de SSR sur les sites de référence et orienté

Adéquation du plateau technique du pôle de référence en radiothérapie (CHU) sous réserve de l'opérationnalité simultanée des deux accélérateurs de particule (à défaut celle-ci reste partielle)

### XIV-4 Orientations

#### XIV-4-1 Orientations liées à la prévention

Poursuite des actions d'information et de communication envers le grand public

Incitation aux dépistages des cancers du sein et colorectal<sup>30</sup>

#### XIV-4-2. Orientations d'ordre général et règlementaire

Mise en œuvre de la coordination des soins dans le cadre du maintien et du retour à domicile

Mise en conformité des sites par application des injonctions et recommandations prononcées à l'issue des visites de conformité spécifiques concernant l'atteinte des seuils, les mesures transversales, le respect des critères de qualité imposés par l'INCA (qualification des personnels, exigences en équipements et aux nécessités de coopération)

Mise en œuvre de la curiethérapie

Mise en place d'équipes mobiles (soins palliatifs, consultations douleurs) externalisées

Installation du dernier appareil d'IRM au niveau régional, sous réserve que la saturation des précédents appareils installés soit confirmée

### XIV-5 Orientations spécifiques

Adaptation des ressources médicales aux besoins, notamment en oncologie

Développement de l'accès aux nouvelles technologies (télémédecine, robotique)

Création d'une tumurothèque

---

<sup>30</sup> Une augmentation significative de la participation dépendra de la date de mise en place du test immunologique  
SROS/volet hospitalier 2012-2016

#### **XIV-5-1 Orientations liées à la poursuite de la graduation des soins et de leur maillage**

Réactivation des consultations avancées en double insularité

Renforcement de la coopération entre les sites de prise en charge

#### **XIV-5-2 Orientations liées à l'accessibilité**

Effectivité de l'équité de la distribution de l'offre de prise en charge sur les différents territoires de santé

Augmentation et diversification des possibilités d'hébergement pour les familles et accompagnants

#### **XIV-5-3 Orientations liées à l'offre de dégagement**

Effectivité des lits de SSR sur les sites de pris en charge

Participation de l'HAD en collaboration avec les sites de référence et orienté

## CHAPITRE XV : VOLET SOINS DE LONGUE DUREE

**XV-1 Des Enjeux / problématiques constatés pour la discipline :** 3 unités de soins de longue durée sont recensées sur l'aire territoriale globale (CHGR, Beaulieu, Capesterre)  
Structuration de la filière gériatrique, programmes de reconstruction – extension en cours pour les 3 sites concernés.

### **XV-2 Des pistes d'orientations stratégiques:**

- **Amélioration de l'accès aux soins :** assurer une activité de SLD dans un contexte de proximité ; positionner la place des USLD dans les filières de prise en charge (ex AVC, gériatrie) ; privilégier le retour à domicile lorsque possible
- **Amélioration de l'efficience :** formalisation des conventions avec les établissements, sanitaires, sociaux et médico-sociaux ; réduction des inadéquations ; complémentarités des prises en charge en USLD et établissement médico-social ; évaluation de l'activité des USLD ;
- **Articulations avec la prévention et le médico-social :** conditions de transferts entre les structures USLD et établissements médico-sociaux, services à domicile ; mise en œuvre de politiques de prévention spécifiques (dénutrition, dépistages...) ;

### **XV-3 Des pistes d'organisation territoriale de l'activité:**

L'activité devrait rester au volume d'implantations régional actuel.

## CHAPITRE XVI : VOLET SOINS PALLIATIFS ET DOULEUR

**XVI-1 Constats /Enjeux / problématiques constatés pour la discipline** : les orientations du SROS III ont porté sur l'accroissement de l'offre de soins et couverture territoriale. L'offre de soins est organisée autour du pôle régional (CHU) et un pôle orienté constitué par deux établissements en Basse-Terre (CHBT-CMS).

### **XVI-2 Des pistes d'orientations stratégiques :**

- **Amélioration de la qualité de la prise en charge palliative dans l'ensemble des services de soins** : intégrer la démarche palliative dans la pratique soignante et organiser la diffusion de la culture palliative auprès de l'ensemble des professionnels de santé (intervention d'équipes mobiles) ; favoriser le maintien à domicile (résidentiel ou EHPAD) par le renforcement et l'externalisation des équipes intervenantes.
- **Amélioration de l'accès à des prises en charge spécialisées pour les patients requérant des soins palliatifs particulièrement complexes** : assurer une offre de soins graduée générale et une accessibilité à une unité de soins palliatifs dans chaque territoire de santé et structurer à l'intérieur de ceux-ci des coopérations entre les professionnels participant à la prise en charge des patients en fin de vie (réseaux, conventions).
- **Amélioration de l'efficience** : éviter les transferts de patients (accès des compétences à domicile ou dans les établissements de santé) ; renforcer la mutualisation des moyens spécifiques de la prise en charge (unité de soins palliatifs, équipes mobiles de soins palliatifs) entre établissements de santé (communautés hospitalières de territoire, groupements de coopération sanitaire).
- **Points d'articulation avec la prévention et le médico-social** : rendre effective l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les EHPAD ; favoriser le maintien au sein des ESMS des résidents en fin de vie (limitation des hospitalisations en urgence non justifiées) de même que la participation des professionnels de santé libéraux aux parcours de soins des patients en soins palliatifs.

### **XVI-3 Des pistes d'organisation territoriale de l'activité :**

- o **Reconduction des implantations existantes**

## CHAPITRE XVII : VOLET TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE PAR EPURATION EXTRARENALE

### XVII-1 Etat des lieux/Constat

#### Données générales

Un vieillissement de la population participant à l'augmentation régulière du nombre des malades traités.

Une forte prévalence régionale des pathologies (hypertension artérielle, diabète) liées à l'insuffisance rénale chronique et une fréquence des néphropathies chroniques en Outre-Mer supérieure à la moyenne nationale.

### XVII-2 Implantation et graduation de l'offre

#### Prise en charge hospitalière de l'IRC

- Une prise en charge qui s'articule autour de plusieurs modalités de prise en charge : dialyse péritonéale, auto dialyse, unité de dialyse médicalisée, dialyse en centre.
- 4 établissements de référence en matière de dialyse au plan régional :
  - Territoire des Iles du Nord : Sites annexes à Saint-Martin (auto dialyse et unité de dialyse médicalisée) et à Saint-Barthélemy (auto dialyse) de l'Association pour l'Utilisation Du Rein Artificiel (AUDRA)
  - Territoire Centre Grande Terre : Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Pointe-à-Pitre (dialyse en centre et unité de dialyse médicalisée), Site principal de l'AUDRA rattaché auprès du CHU (dialyse péritonéale, auto dialyse, dialyse en centre, unité de dialyse médicalisée) et sites annexes à Marie-Galante et au Moule (auto dialyse), Clinique de Choisy Montauban (auto dialyse, dialyse en centre et unité de dialyse médicalisée)
  - Territoire Sud Basse-Terre : Clinique Les Nouvelles Eaux Vives - Centre de dialyse de Basse-Terre (dialyse en centre et unité de dialyse médicalisée), Site annexe de l'AUDRA à Capesterre-Belle-Eau (auto dialyse)

### XVII-3 Etat des lieux PMSI au 30 juin 2011 - prise en charge des patients en dialyse

ETABLISSEMENT	DIALYSE PERITONEALE	AUTODIALYSE	DIALYSE EN CENTRE	DIALYSE MEDICALISEE (UDM)	Total
CHU de Pointe-à-Pitre/Abymes	0	0	66	0	66
Clinique de Choisy	0	3	163	48	215
Clinique les Nouvelles Eaux Vives - Centre de Basse Terre-DIALYBT	Convention AUDRA	0	88	12	100
Association pour l'Utilisation Du Rein Artificiel (AUDRA)	3	139	60	40	241
	3	142	377	100	622



- La greffe de rein : une thérapie pour les malades éligibles
- Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Pointe-à-Pitre (Territoire Centre Grande Terre) : centre régional pour la transplantation (greffe) rénale pour les Antilles Guyane (arrêté ministériel du 29 septembre 2003 avec un objectif d'activité fixé à 40 - 50 greffes par an pour la région Antilles Guyane)

#### **XVII-4 Prise en charge dans le cadre du REIN (Réseau Epidémiologie et d'Information en Néphrologie)**

- REIN : réseau ou système d'information à destination des malades, des professionnels de santé et des acteurs/décideurs des institutions concernées par les traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique terminale
- Objectif principal du réseau : décrire l'incidence et la prévalence des traitements de l'IRC terminale (dialyse, greffe rénale), les caractéristiques de la population traitée (co-morbidités...), la mortalité et les modalités de traitement (hémodialyse, dialyse péritonéale) au moyen d'un enregistrement exhaustif et continu des informations concernant les patients
- Objectif final du réseau : contribuer à l'élaboration et à l'évaluation des stratégies sanitaires visant à améliorer la prévention et la prise en charge de l'IRC terminale
- Réseau créé en Guadeloupe en 2011 et rattaché au plan régional auprès du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Pointe-à-Pitre (le réseau Guadeloupe est adhérent au réseau national)
- Des données recueillies par l'intermédiaire de l'application DIADEM accessible par internet et valorisées au niveau régional par une cellule d'appui épidémiologique :
  - L'âge moyen d'entrée en dialyse est de 58 ans chez les femmes et de 57 ans chez les hommes (entrée en dialyse plus précoce en Guadeloupe qu'en France Métropolitaine avec respectivement 66.4 ans et 66.3 ans) pour une durée moyenne de dialyse de 5 ans
  - 52 % des néphropathies initiales sont dues au diabète et à l'hypertension artérielle

#### **XVII-5 Enjeux / Problématique**

*Dans la filière de prise en charge en dialyse*

- Un déficit de prise en charge des patients en matière de dialyse péritonéale : stabilité de l'activité de 2008 à juin 2011 entre 2 et 3 patients pour un objectif prévisionnel d'activité prévu de 40 à 45 patients.
- Forte progression dans l'activité des prise en charge en hémodialyse (dialyse en centre, unité de dialyse médicalisée et auto dialyse) en lien avec le vieillissement des patients et l'apparition de complication inhérentes à leur pathologie (diabète, hypertension artérielle) :
  - dialyse en centre : activité en juin 2011 de 377 patients (activité en 2008 de 317 patients)
  - dialyse médicalisée : activité en juin 2011 de 100 patients (activité en 2008 de 63 patients)
  - auto dialyse : activité en juin 2011 de 142 patients (activité en 2008 de 127 patients)
- Des indicateurs de dialyse en Guadeloupe en fonction de la répartition des malades selon la méthode de dialyse :
  - dialyse péritonéale : 0.5 % (indicateur national fixé à 10 %)
  - dialyse en centre (61 %) et unité de dialyse médicalisée (17 %) (indicateur national pour la dialyse en centre la dialyse médicalisée fixé à 66 %)
  - dialyse à domicile et auto dialyse : 25 % (indicateur national fixé à 1 % pour la dialyse à domicile et à 23 % pour l'auto dialyse)
- Des besoins quantitatifs croissants basés sur la progression estimée du nombre des patients en dialyse de 2011 à 2016

### **XVII-5-1 Au titre de la transplantation (greffe) rénale**

- Un objectif de transplantation non atteint au niveau régional avec une évolution d'activité fixée comme suit : 20 greffes en 2006, 38 en 2007, 44 en 2008, 30 en 2009, 28 en 2010 et 36 au 1<sup>er</sup> septembre 2011 (objectif prévisionnel d'activité prévu de 40 à 50 greffés par an)
- L'insuffisance du nombre de patients greffés ne permet pas actuellement de diminuer le recours à la dialyse (principalement en auto dialyse)

### **XVII-5-2 Orientations**

- ✚ Mise en œuvre d'actions de prévention de l'hypertension artérielle et du diabète

Information des malades par des actions de communication (campagne de prévention sur les complications de l'hypertension artérielle ou HTA et du diabète)

Information et formation des professionnels de santé sur la prise en charge de la maladie rénale chronique pour les malades à risques (HTA et diabète) par la recherche systématique et recommandée de la créatinine et de la micro albuminurie ainsi que la connaissance des modalités de dialyses

Actions d'éducation thérapeutique auprès des insuffisants rénaux

### **XVII-5-3 Développement de la pratique de la dialyse péritonéale**

Objectif affiché d'une prise en charge à hauteur de 5 %, soit un total de 35 patients

La progression souhaitée du nombre de patients en dialyse péritonéale découle de l'organisation d'actions d'information et de formation des professionnels de santé et d'une revalorisation de l'acte

Une orientation prévue sur le développement de l'auto dialyse en cas de non atteinte de l'objectif affiché de 5 % de prise en charge en dialyse péritonéale

### **XVII-6 Développement de la greffe rénale**

Mise en place de la filière de greffe rénale avec l'objectif affiché d'une prise en charge de 50 patients par an (dont 20 à 25 patients en Guadeloupe)

Campagne de communication grand public sur le don d'organes de façon à accroître les prélèvements des sujets en état de mort encéphalique

- Campagne de communication auprès des professionnels de santé
- Campagne de communication et de sensibilisation auprès des familles ou parentèle des insuffisants rénaux en dialyse pour le développement du don de reins (donneurs vivants)
- Prise en charge des patients à risque d'IRC (diabète, hypertension artérielle, maladie athéromateuse, néphropathies familiales, iatrogénie médicamenteuse); développer l'éducation thérapeutique mutualisée (insuffisance rénale chronique - cardiologie - diabète).

### **XVII-7 Améliorer l'accessibilité au sein de l'aire géographique de la Basse-Terre**

Evaluer et mettre en œuvre si nécessaire une antenne en Nord Basse-Terre afin de réduire les déplacements des patients de cette zone, compte tenu des difficultés quotidiennes de circulation à partir de Sainte-Rose. Cette antenne pourrait recourir prioritairement aux IDE libérales du bassin concerné.

## CHAPITRE XVIII : VOLET GREFFES D'ORGANES

### XVIII-1 Des pistes d'orientations :

- **Sensibilisation de la population aux dons d'organes.**
  - **Amélioration de l'accès aux soins :** conforter l'organisation existante dans le respect des normes techniques de fonctionnement (banque de tissus) ; améliorer la filière de soins de la prise en charge initiale au suivi des patients (de l'accès à la greffe aux SSR ou HAD).
  - **Amélioration de l'efficacité :** favoriser l'augmentation de l'activité de greffe par l'organisation du prélèvement d'organes (réseaux de prélèvement) ; optimiser les moyens humains et techniques (sécurité des soins, maîtrise des coûts).
  - **Points d'articulation avec la prévention et le médico-social :** voir la partie relative au traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra rénale.
- ✚ **Des pistes d'organisation territoriale de l'activité :** activité sur site de référence régional (collaboration avec la Martinique).

#### Volet examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

L'activité de génétique constitutionnelle post-natale fait l'objet pour la première fois d'un SROS-PRS. En effet la médecine reposera sur quatre piliers appelés les 4 P : préventive, prédictive, personnalisée, partagée.

#### ✚ **Des pistes d'orientations stratégiques :**

- **Amélioration de l'accès aux soins :** organiser par filières structurées le diagnostic et la prise en charge des personnes (avec leur famille) dans le cadre des problématiques de génétique constitutionnelle post-natale et maladies rares par le renforcement des consultations de génétique et par le développement des centres de prélèvement (organisation mutualisée) ; favoriser la lisibilité de l'offre disponible vis-à-vis des professionnels de santé et des usagers
  - **Amélioration de l'efficacité et de la qualité des soins :** mettre en place une offre graduée comprenant des analyses courantes de niveau 1 et de niveau 2 en veillant à leur articulation (coopération des laboratoires, parcours diagnostique adapté) ; restructurer par le regroupement de l'activité d'analyse et de post-analyse dans un objectif de restriction des plateaux techniques (taille critique suffisante) et d'automatisation des techniques ; mener une concertation interrégionale (élaboration d'un SIOS) et veiller à l'inscription des laboratoires dans une démarche d'évaluation des pratiques et/ou de certification.
  - **Articulations avec la prévention et le médico-social :** instaurer des antennes avancées de consultation de génétique dans les centres d'action médico-sociale précoce ; identification de filières structurées articulant l'offre de génétique avec ces centres.
- ✚ **Des pistes d'organisation territoriale de l'activité :** 1 offre régionale graduée intégrant les niveaux 1 et 2.

## Annexe du SROS-PRS (2012-2016)

A l'instar du SROS de 3<sup>ème</sup> génération, l'Annexe du SROS-PRS 2012-2016 détermine les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoire, activités et équipements lourds. Elle traduit en conséquence l'organisation territoriale et quantitative de l'offre soins en conformité avec les objectifs stratégiques du SROS.

## SOMMAIRE

<b>A. Les implantations (autorisées) par territoire de santé avant l'adoption du PRS</b> .....	63
<b>B. L'Annexe du SROS sur la durée du PRS (2011-2016)</b> .....	65
<b>Médecine*</b> .....	65
<b>Chirurgie*</b> .....	65
<b>Périnatalité*</b> .....	66
<b>Activité cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatale*</b> .....	66
<b>Urgences</b> .....	67
<b>Réanimation*</b> .....	67
<b>Imagerie médicale et matériels lourds*</b> .....	68
<b>Technique interventionnelles utilisant l'imagerie médicale en cardiologie</b> .....	68
<b>Hospitalisation à domicile*</b> .....	69
<b>Soins de suite et de réadaptation*</b> .....	69
<b>Cancérologie*</b> .....	71
<b>Soins de longue durée</b> .....	71
<b>Psychiatrie*</b> .....	72
<b>Insuffisance Rénale Chronique [IRC]</b> .....	73
<b>Greffes d'organes*</b> .....	74
<b>Empreintes génétiques à des fins médicales*</b> .....	74

### A. Les implantations (autorisées) par territoire de santé avant l'adoption du PRS

INTITULE	SITUATION AU 30 JUIN 2011		
	Référence	Recours	Proximité
<b>Territoire Centre</b>			
Médecine	1	1	6
Hospitalisation à Domicile			7
Chirurgie	1	1	2
Obstétrique	1		3
SSR	1		7
Néonatalogie et réanimation néonatale	1		
Psychiatrie		1	1
Accueil et traitement des urgences	1		2
Cancérologie - Radiothérapie	1		
Cancérologie - Chimiothérapie	1		1 [GCS]
Cancérologie - Chirurgie mammaire	1		2
Cancérologie - Chirurgie thoracique	1		
Cancérologie - Chirurgies urologique, digestive, ORL, gynécologique	1		1
Soins de longue durée (USLD)	1		1
Transplantations d'organes	1		
Techniques interventionnelles	1		2
Réanimation	1		
Procréation médicalement assistée	1		
Appareil d'imagerie par résonance magnétique	1	1	
Scanographe à utilisation médicale	2		2
Caméra à scintillation	2		
Caisson hyperbare	1		
Traitement de l'Insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	1		2
<b>Territoire Sud Basse-Terre</b>			
Médecine		1	4
Hospitalisation à Domicile			2
Chirurgie		1	
Obstétrique		1	
Néonatalogie et réanimation néonatale		1	
SSR		2	7
Psychiatrie	1		1
Soins de longue durée (USLD)			1
Accueil et traitement des urgences	1		

Réanimation	1		
Cancérologie - Chimiothérapie	1		
Cancérologie - Chirurgie digestive et gynécologique	1		
Appareil d'imagerie par résonance magnétique		1	
Scanographe à utilisation médicale		1	
Traitement de l'Insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale			1
<b>Territoire Iles du Nord</b>			
Médecine		1	1
Hospitalisation à Domicile			1
Chirurgie		1	
Obstétrique		1	
Néonatalogie et réanimation néonatale		1	
Surveillance continue			1
SSR			1
Psychiatrie		1	
Accueil et traitement des urgences		1	
Traitement de l'Insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale			1
Scanographe à utilisation médicale		1	
Appareil d'imagerie par résonance magnétique		1	



## B. L'Annexe du SROS sur la durée du PRS (2011-2016)

### ■ Médecine\*

<b>Territoire</b>	<b>Centre</b>	<b>Sud-Basse Terre</b>	<b>Iles du Nord</b>
<b>Implantations</b>	7	2	2
<b>Activité (séjours)</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	
	52 000	56 137	

#### **Dynamiques territoriales :**

\*Sur le Territoire Sud Basse-Terre, regroupement de l'activité publique de médecine sur un site unique : Le CHBT

\*Sur le Territoire Centre l'activité sera répartie sur 7 sites, reconversion d'un site de médecine.

### ■ Chirurgie\*

<b>Territoire</b>	<b>Centre</b>	<b>Sud-Basse Terre</b>	<b>Iles du Nord</b>
<b>Implantations</b>	3	1	1
<b>Activité (séjours)</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	
	20 000	25 364	

#### **Dynamiques territoriales :**

\*Sur le territoire Centre l'activité de chirurgie se répartit sur 3 sites en partie continentale. L'activité chirurgicale ne s'avère pas viable dès lors que la population du bassin d'implantation est inférieure à 50.000 habitants.

## ■ Périnatalité\*

Territoire	Centre	Sud-Basse Terre	Iles du Nord
<b>Implantations</b>	3	1	1
Niveaux (Nbre)	N3 (1) N1 (2)	N2	N2+

### Dynamiques territoriales :

Sur le territoire Centre reconversion du site qui se situe en deçà des seuils réglementaires d'activité. La prise en charge de la naissance est organisée en lien avec le CHU pour le volet médical. Un accompagnement social de la mère et de son « environnement » est mis en place à l'occasion de la naissance.

Sur le territoire Sud-Basse Terre le maintien d'une maternité de niveau 3 ne se justifie pas tant au regard du nombre d'habitants du territoire que des contraintes techniques et financières qu'imposent ce niveau d'équipement.

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

Territoire	Centre	Sud-Basse Terre	Iles du Nord
<b>Implantations AMP</b>	1	0	0
<b>Implantations DPN</b>	2	0	0

### Dynamiques territoriales :

\*Une implantation à vocation régionale pour la discipline

## ▣ Urgences

Territoire	Centre	Sud-Basse Terre	Iles du Nord
<b>Implantations</b>			
SAMU	1	0	0
SMUR	1	1	1
Structure des urgences (Pédiatriques)	3(1)	1	1
Plateau technique Spécialisé (gynéco) 1	0	0	0

## ▣ Réanimation\*

Territoire	Centre	Sud-Basse Terre	Iles du Nord
<b>Implantations</b>	1	0	0

### Dynamiques territoriales :

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

## ■ Imagerie médicale et matériels lourds\*

	Centre	Sud-Basse Terre	Iles du Nord
<b>Implantations</b>			
<b>Caméra à scintillation</b>	2	0	0
<b>Tomographe à Emission de positons</b>	1	0	0
<b>IRM</b>	3	1	1
<b>Scanner</b>	4à5	1	1à2
<b>Caisson hyperbare</b>	1	0	0
<b>Cyclotron à utilisation Médicale</b>	0	0	0

### **Dynamiques territoriales :**

L'évolution de l'organisation de l'offre de soins pourra justifier éventuellement l'installation d'un scanner spécialisé pour le territoire Centre

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

## ■ Techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale en cardiologie\*

Territoire	Centre	Sud-Basse Terre	Iles du Nord
<b>Implantations</b>	1	0	0

### **Dynamiques territoriales :**

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

### ■ Hospitalisation à domicile\*

Territoire	Centre	Sud-Basse Terre	Iles du Nord
<b>Implantations</b>	7	2	1

#### Dynamiques territoriales :

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

### ■ Soins de suite et de réadaptation\*

Territoire	Centre	Sud-Basse Terre	Iles du Nord
<b>Implantations</b>	7*	9	2

\*Prise en compte du transfert d'un site du territoire Sud-Basse Terre vers le territoire Centre

Activité Hosp. Complète (journées)	Minimum	Maximum
	172 000	182 839
Activités HDJ (journées)	18000	24 462

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

	Minimum	Maximum
<b>Enfant adolescence</b>	1	1
Appareil locomoteur	4	4
Système nerveux	5	5
Cardio-vasculaire	2	2
Système digestif, Métabolique, Endocrinien	1	3
Affections oncologiques	1	1

Conduites addictives	1	1
Personne âgée, Polypathologique, Dépendante	5	9

### **Dynamiques territoriales pour les spécialités :**

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

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

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

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

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

**Affections oncologiques :** un site à vocation régionale

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

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

## ▣ Cancérologie\*

Territoire	Centre	Sud-Basse Terre	Iles du Nord
Médecine nucléaire	1	0	0
Radiothérapie	1	0	0
Chimiothérapie	2	1	0
<b>Chirurgie des cancers :</b>			
Urologie	2	0	0
Digestive	2	1	0
Mammaire	3	1	0
Gynécologie	2	1	0
ORL, max-faciale	2	0	0
Thoracique	1	0	0

### Dynamiques territoriales :

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

## ▣ Soins de longue durée

Territoire	Centre	Sud-Basse Terre	Iles du Nord
Implantations	2	1	0

## ▣ Psychiatrie\*

Territoire	Centre	Sud-Basse Terre	Iles du Nord
<b>Implantations</b>	2	2	1
<b>Activité (journées) Minimum</b>	<b>Maximum</b>		
	83 400	130 500	

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

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

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

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



## □ Insuffisance Rénale Chronique [IRC]

**Territoire                      Centre                      Sud-Basse Terre                      Iles du Nord**

**Implantations                      3                      2                      1**

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

### **Dynamiques territoriales :**

#### **L'IRC pour le territoire Centre**

Au sein du territoire Centre trois sites sont autorisés à la prise en charge de cette pathologie. Globalement l'activité réalisée est conforme aux objectifs fixés pour les modalités de prise en charge, à l'exception de la dialyse péritonéale qui doit être développée. D'une manière générale, le recours à la dialyse à domicile doit être développé. De même, le maillage du territoire basse-terrien se trouverait amélioré par l'installation d'une antenne d'un centre existant sur le nord Basse-Terre.

#### **L'IRC pour le territoire Sud Basse-Terre**

Au sein de du territoire Sud Basse-Terre. Un site est autorisé à la prise en charge de cette pathologie. Globalement l'activité réalisée est conforme aux objectifs fixés pour les modalités de prise en charge, à l'exception de la dialyse péritonéale qui doit se développer.

D'une manière générale, le recours à la dialyse à domicile doit être développé au cours des cinq prochaines années.

#### **L'IRC pour le territoire des îles du Nord**

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

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

**▣ Greffes d'organes\***

<b>Territoire</b>	<b>Centre</b>	<b>Sud-Basse Terre</b>	<b>Iles du Nord</b>
<b>Implantations</b>	1	0	0

**▣ Empreintes génétiques à des fins médicales\***

<b>Territoire</b>	<b>Centre</b>	<b>Sud-Basse Terre</b>	<b>Iles du Nord</b>
<b>Implantations</b>	1	0	0

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

## GLOSSAIRE

AIT: Accident Ischémique Transitoire

ALD: Affection Longue Durée

AVC: Accident Vasculaire Cérébrale

CCD: Centre Caribéen de la Drépanocytose

CHBT: Centre Hospitalier Basse-Terre

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CLIC: Centre Local d'Information et de Coordination

CMRR: Centre Mémoire de Ressource et de Recherche

CRRR: Centre de Réception et de Régulation des Appels

EHPAD: Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

EMG: Electromyographie

HAD: Hospitalisation A Domicile

HDJ: Hôpital De Jour

HPST: Hôpital Patient Santé Territoire

IDE: Infirmier Diplômé d'Etat

IRM: Imagerie à Résonance Magnétique

LABM: Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale

MAIA: Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer

MCO: Médecine Chirurgie Obstétrique

MDA: Maison Départementale de l'Autonomie

MDPH: Maison Départementale Pour l'Handicap

MMG: Maison Médicale de Garde

ONDAM: Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie

OQN: Objectif Quantifié National

ORL: Oto-rhino-laryngologie

PDSA: Permanence des Soins Ambulatoires

PDSES: Permanence des Soins en Etablissement de Santé

PMA: Procréation Médicale Assistée

PRS: Plan Régional de Santé

PSRS: Plan Stratégique Régional de Santé

SAMU: Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR: Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SROS Schéma Régional d'Offre de Soins

SSIAD: Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR: Soins de Suite et de Rééducation

UAD: Unité d'Auto-Dialyse

UDM: Unité de Dialyse Médicalisée

UNV: Unité Neurovasculaire

USINV: Unité de Soins Intensifs Neurovasculaires

USLD: Unité de Soins Longue Durée

VAD: Visite à Domicile