



SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION

SOMMAIRE

1 - CONTEXTE D'ELABORATION DU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION (SRP):	7
1-1- LES BASES JURIDIQUES DU SRP :.....	7
1-2- LE SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION UN DOCUMENT DE CADRAGE :.....	7
1-3 - LES ARTICULATIONS DU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION :.....	8
2 - DIAGNOSTICS TERRITORIAUX - ENJEUX ET PRIORITES DU SRP :	9
2-1 - POINTS CLES DES DIAGNOSTICS TERRITORIAUX :.....	9
2-2 - LES DISPOSITIFS DE PREVENTION :	12
2-2-2 - <i>Des structures supports de la politique de santé publique à consolider</i> :.....	15
2-3 – LE FINANCEMENT ET LA REPARTITION DES CREDITS DE PREVENTION DE L'ARS	16
2-4 - LES PRINCIPAUX ENJEUX DU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION :.....	18
2-5- LES PRIORITES DU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION :	19
3- CADRE D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE PREVENTION	20
3-1- LES OUTILS STRUCTURANTS DE LA PREVENTION.....	20
3-1-1-La gouvernance régionale :.....	21
3-1-2- Les ressources territoriales de mise en œuvre :	25
3-1-3- Une ingénierie technique :	30
3 - 2- LA STRATEGIE DE DEPLOIEMENT DE L'OFFRE DE PREVENTION :.....	42
3-2-1- Les orientations en matière de dépistages et de suivis :	42
3-2-2- La vaccination :	51
3-2-3 <i>Le recours aux professionnels de santé libéraux constitués ou non en réseaux</i> :	54
3-2-4- <i>Le recours aux établissements de santé, établissements médico-sociaux et dispositifs partenaires de prévention</i> :	57
3-2-5- <i>Le recours aux acteurs de la lutte anti-vectorielle</i> :.....	60
3-2-6- <i>Le recours aux acteurs de la santé environnementale</i> :	61
ANNEXES	64
Annexe 1 Programmes à venir.....	64
Annexe 2 Le VAGUSAN	66
Annexe 3 Les indicateurs de suivi des objectifs retenus.....	74
Annexe 4 Les propositions de calendrier de mise en œuvre du volet promotion/éducation pour la santé	80
Annexe 5 Les propositions d'actions 2012.....	82
Annexe 6 La stratégie de déploiement territorial de l'éducation thérapeutique	86

Liste des sigles utilisés

ABPTA : Association Basse-Terrienne pour la Prévention et le Traitement de l'Alcoolisme
ADI : Agence Départementale d'Insertion
AGEPTA : Association Guadeloupéenne pour l'Etude, la Prévention et le Traitement de l'Alcoolisme
AGWADEC : Association Guadeloupéenne pour le Dépistage des Cancers
ALD : Affection Longue Durée
APHYGUAD : Activité physique et sportives des Guadeloupéens
ARS : Agence de Santé de Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy
AS : Assistante Sociale
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BCG : Bacille de Calmette et Guérin
BVS : Bulletin de Veille Sanitaire
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues
CAF : Caisses d'Allocations Familiales
CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CCAS : Centre communal d'action sociale
CCLIN : Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CCPP : Commission de Coordination des Politiques Publiques de Prévention
CG : Conseil Général
CGSS : Caisse Générale de la Sécurité Sociale
CH : Centre Hospitalier
CHBT : Centre Hospitalier de Basse-Terre
CHM : Centre Hospitalier de Monteran
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIDDIST : Centre d'information Centre de diagnostic et de dépistage des infections sexuellement
CIRAD : Centre de coopération internationale en recherche agronomique pour le développement
CIRE : Cellule interrégionale d'épidémiologie
CISS : Collectif Inter associatif Sur la Santé
CLS : Contrat Local de Santé
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COD : Centre Opérationnel Départemental
COREDAF : = comité de réflexions, de recherches d'actions et de formation, en vue de la prévention de déviances psychosociales
COREVIH : Coordination Régionale de lutte contre le VIH
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRA : Cellule Régional d'Appui
CRALIM : Comité Régional de l'Alimentation
CRN : Commission Régionale de la Naissance
CSA : conférence de santé et de l'autonomie
CSAPA : Centre d'Evaluation de Soins d'Accompagnement et de Prévention en addictologie
CSP : Code de Santé Publique
CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale

CV : Curriculum Vitae
CVAGS : Cellule de Veille, d'Alerte et de gestion sanitaire
DAAF : Direction de l'Agriculture l'Alimentation et de la Forêt
DAAF : Direction de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
DCCR : Dépistage Organisé du Cancer Colorectal
DEAL : Direction de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
DEAL : Direction de l'Environnement de l'Aménagement et du
DFA : Département Français d'Amérique
DGS : Direction Générale de la Santé
DIECCTE : Direction de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DJSCS : Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DO : Déclaration Obligatoire
DOCS : Dépistage Organisé du Cancer du Sein
DTP : Diphtérie Tétanos Poliomyélite
DU = Diplôme Universitaire
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMS : Etablissement Médico-sociale
EN : Education nationale

EPS : Education et Promotion de la Santé
EPU = Enseignement Post Universitaire
ETP : Education Thérapeutique
FIQS : Fonds Coordination et de la Qualité des Soins
FNORS : Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
FNPEIS : [Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires,](#)

FREDON : Fédération Régionale de Défense contre les Organismes Nuisibles
GDS : Groupement de Défense Sanitaire
GIP-AASPEG : Groupement d'Intérêt Public - Addiction et Action de Santé publique en Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy
HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
HPST : Hôpital Patients Santé Territoires
HPV : Papillomavirus humain
HTA : Hyper Tension Artérielle
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmier
IMC : Indice de Masse Corporelle
INCA : Institut National du Cancer

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INVS : Institut National de Veille Sanitaire
IPG : Institut Pasteur de la Guadeloupe
IRC : Insuffisance Chronique Rénale
IREPS : Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé
IST : Infection Sexuellement Transmissible
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
JAFA : Jardins Familiaux
LAV : Lutte Anti-Vectorielle
Le système SYNERGI : Application
MADO : Maladies à Déclaration Obligatoire
MECS : Maison d'Enfants à Caractère Sociale
MG : Médecins généraux
MGL: Marie Galante
MILDT : Mission Interministérielle contre la Drogue et la Toxicomanie
MISEN : Mission Inter-Services de l'eau et de la Nature
NRBC : nucléaire, radiologique, biologique et chimique
OMI : Office des Migrations Internationales
OMS : Organisation Mondiale pour la Santé
ORSAG : Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe
ORSEC : Organisation de la Réponse de Sécurité Civile
OSCARS : Outil d'Observation et de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé
PA : personnes âgées
PAF : Police de l'Air et des Frontières
PASS : Permanence d'Accès aux Soins des plus démunis
PCA : Post de commandement avancé
PMI : Protection Maternelle et infantile
PNA : Programme National pour l'Alimentation
PNNS : Programme National Nutrition Santé
PODIUM : Prévalence de l'Obésité de sa Diversité et de son Image Ultramarine
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRICE : Programme Annuel Régional d'Inspection et Contrôle
PRSP : Projet Régional de Santé Publique
PSAGE : Programme de Surveillance d'Alerte et de Gestion de la dengue
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé
PTS : Programme Territorial de Santé
PVUS : Plate forme de Veille, d'alerte et d'Urgences Sanitaires
RAP : Rapport de Performance des centres de vaccination et de lutte contre les maladies infectieuses

RETEX : retours d'expériences
ROR : Rougeole Oreillon Rubéole
RSI : Régime Social des Indépendants
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SDAEP : Schéma Départemental d'Alimentation en Eau Potable
SDAGE : Schémas directeurs d'aménagement et de gestion des eaux
SIG : Système d'Information Géographique au service de la prévention et de la santé

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SRP : Schéma Régional de Prévention

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

TROD : Test Rapide d'Orientation et de diagnostic

TS : tentative de suicide

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

USSUD : Unité de Soins Spécialisés pour Usagers de Drogues

VAGUSAN : Veille et Alerte, Gestion des Urgences Sanitaires

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ZEP : Zone d'Education Prioritaire

La prévention constitue une chance pour la santé. Elle permet d'agir sur la mortalité évitable, la qualité et l'économie des soins, sur l'environnement, la maîtrise des risques liés aux milieux et sur la qualité de la production des services.

1 - CONTEXTE D'ELABORATION DU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION (SRP):

1-1- LES BASES JURIDIQUES DU SRP :

La loi d'orientation de santé publique du 09 août 2004 marquait déjà la volonté de développer, d'une part une approche populationnelle de la santé en tenant compte des déterminants de santé et d'autre part, de développer une organisation de la prévention.

Cette loi a posé la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique et a précisé que celui-ci devait assurer, en étroite relation avec l'ensemble des acteurs locaux, le pilotage de la politique de santé au niveau régional.

Aujourd'hui, la loi hôpital patients santé territoire du 21 juillet 2009 (loi HPST) consacre cette nécessité de travailler en concertation. Elle crée auprès des Agences Régionales de Santé (ARS), plusieurs commissions pour aboutir à la cohérence de la mise en œuvre de la politique de santé publique.

Le Schéma Régional de Prévention (SRP) constitue l'un des 3 schémas du **Projet Régional de Santé (PRS)**. Selon L'article L1434-5 du CSP, le SRP décrit les dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Il organise dans le domaine de la santé des personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire, conformément aux articles L.1435-1 et L 1435-2 du code de la santé publique.

L'article L1434-6 du Code de la Santé Publique précise que les moyens financiers attribués à l'ARS pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

1-2- LE SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION UN DOCUMENT DE CADRAGE :

- Qui Affiche les dispositifs et organisations existants et à développer ;

- décrit une vision géographique et prospective de l'organisation des services et actions, des coopérations et des financements ;
- Structure la prévention ;
- Développe une stratégie de l'offre ;
- Identifie les critères d'opérationnalité, de choix, de financement et d'évaluation des actions mises en œuvre.

Il a pour ambition de décliner les priorités inscrites au **Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)** sur la durée du plan et dans **les 3 territoires de santé**.

Le **Schéma régional de prévention (SRP)** couvre plusieurs champs :

- Prévention
- Promotion de la santé
- Education pour la santé
- Education thérapeutique
- Veille, Alerte, Gestion des Urgences Sanitaires (VAGUSAN)

1-3 - LES ARTICULATIONS DU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION :

- **Avec les politiques portées par les autres services de l'ARS**

Le déploiement territorial souhaité s'articule avec les dispositifs prévus par les autres schémas d'organisation territoriale pilotés par l'ARS : le *schéma d'organisation sanitaire* dont le *schéma ambulatoire*, le *schéma d'organisation médico-sociale*.

- **Avec l'ensemble des politiques publiques en faveur de la santé**

La mise en œuvre du SRP doit être le reflet de l'articulation avec les autres acteurs de la politique publique en faveur de la santé à savoir : la Direction de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale (*DJSCS*), les services de l'Education Nationale, la Direction des entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (*DIECCTE*), la Direction de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (*DEAL*), la Direction de l'Agriculture l'Alimentation et de la Forêt (*DAAF*), *l'Assurance Maladie*, les *Collectivités Territoriales* (à compétences réglementaires ou avec des politiques volontaristes).

2 - DIAGNOSTICS TERRITORIAUX - ENJEUX ET PRIORITES DU SRP :

2-1 - POINTS CLES DES DIAGNOSTICS TERRITORIAUX :

- **Les territoires**

En prenant en compte les découpages naturels et administratifs, la démographie, l'offre de santé existant et les comportements des usagers du système de santé, un découpage en 3 territoires a été défini et arrêté le 31/12/2010 pour la Guadeloupe et les Collectivités d'Outre-mer :

- **Un territoire « Centre »** qui englobe les communes de la Grande-Terre ; plus une partie de la Basse-Terre : les communes de Baie-Mahault, Petit-Bourg, Goyave, Lamentin, Sainte-Rose, Pointe-Noire, Deshaies; et en double insularité : Désirade, Marie-Galante
- **Un territoire «Sud Basse -Terre »** composé des communes de Capesterre, Trois-Rivières, Vieux-Fort, Gourbeyre, Basse-Terre, Baillif, Saint-Claude, Vieux-habitants, Bouillante ; en double insularité : Les Saintes (Terre-de-Haut, Terre-de-Bas)
- **Un territoire « Iles du nord »** qui comprend les îles de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin.

- **Faits marquants :**

La synthèse du diagnostic régional fait ressortir certaines particularités :

- **La population de la Guadeloupe reste jeune** en dépit de la réduction de la part des moins de 20 ans (33% en 1999 vs 31% en 2007). **Tous les scénarii annoncent son vieillissement.** La part des plus de 60 ans augmente régulièrement. Cette tranche qui a évolué de 16,6% en 2006 à 18% en 2008 devrait passer la barre des 30% en 2030.
- **La natalité reste vigoureuse**, le taux de natalité est de 15,5‰ versus 13‰ pour la France hexagonale. **Le taux de fécondité des femmes mineures est élevé** (7,6 naissances vivantes pour 1000 femmes âgées de 12 à 17 ans versus 2 en France hexagonale).
- **La mortalité infantile est significativement plus élevée** en Guadeloupe qu'en métropole sur la période 2000-2008¹ (1,86 fois celle de l'hexagone). Pour ces 9 années

¹ Rapport intermédiaire du CépiDC-INSERM sur « les caractéristiques de la mortalité infantile dans les départements d'outre-mer comparaison avec les données métropolitaines- Année 2000-2008 »

le taux de mortalité infantile est en moyenne de 7,09 pour 1000 naissances vivantes versus 3,82 en métropole. Les affections de la période périnatale en constituent 60 % des causes. On notera que les décès surviennent pour :

- 40 % d'entre eux avant 6 jours de vie (mortalité néonatale précoce)
 - 27% entre 7 et 27 jours (mortalité néonatale tardive)
 - 34% après 28 jours (mortalité post néonatale)
- **Des disparités territoriales fortes** au regard de la mortalité sont avérées (751² à Saint-Claude versus 1102 à Grand-Bourg) et la mortalité prématurée est élevée (260,5³ décès versus 215,4 en moyenne nationale).
 - En 2007, 41% des décès prématurés sont évitables par une action sur les facteurs individuels (cancers, maladies infectieuses, alcoolisation, traumatisme) ou sur le système de soins (maladies cardio-vasculaires, mortalité maternelle, tumeurs).
 - **La mortalité maternelle est particulièrement élevée** dans les DOM, notamment en Guadeloupe. Dans ce dernier cas, le taux est 4 fois plus élevé que la moyenne nationale (38,8% vs 9,6%). On notera la proportion des hémorragies du post-partum (20,6%), les causes obstétricales non identifiées, les complications de l'HTA. 50% des cas des décès ont été jugés évitables.
 - **Les grandes causes de mortalité prématurée** portent sur :
 - Les causes extérieures de traumatismes et empoisonnement : 70% des décès pour cette cause ont lieu avant 65 ans.
 - Cancers : 30% des décès pour cette cause
 - Maladies circulatoires : un peu moins de 2 décès sur 10 pour cette cause surviennent avant 65 ans.
 - En termes de morbidité, il est à noter :
 - une **prévalence⁴ du surpoids et de l'obésité en constante augmentation** : 55% des plus de 15 ans sont en surpoids dont 23% obèses, 33% des enfants de 5 à 14 ans sont en surpoids et 9% d'entre eux sont obèses.
 - S'agissant des maladies chroniques, l'analyse des données d'admission en ALD 8 indique sur la période 2000-2006 :

² Pour 100 000 habitants

³ Pour 100 000 habitants

⁴ Etude PODIUM

- Une incidence du **diabète**⁵ toujours plus élevée qu'au niveau national. Les taux d'incidence augmentent avec l'âge et continuent de croître même après 65 ans. A contrario du niveau national les taux sont plus élevés chez la femme que chez l'homme. La prévalence du diabète traité⁶ est deux fois plus élevée qu'au niveau national. Pour illustration, en 2009 elle est de 8,1% versus 4,4% en moyenne nationale.
- **Hypertension artérielle**⁷ : la prévalence de l'HTA : en 1^{ère} visite : homme 33% - femme 37% / en 2^{ème} visite : homme 22% - femme 31%. On notera l'amélioration observée quant aux volets dépistage ainsi que la prise en charge des patients. La tension artérielle est correctement contrôlée chez plus de la ½ des personnes sous traitement. On notera enfin des corrélations entre la prévalence de l'HTA, le surpoids et la précarité.
- **Insuffisance Rénale Chronique** : 140 à 150 nouveaux cas de néphropathies graves sont enregistrés annuellement (aire territoriale globale) dont l'évolution se fait dans la majorité des cas vers l'insuffisance rénale. Les pathologies pourvoyeuses sont principalement l'HTA et le diabète. La prévalence est 2 fois supérieure à la moyenne nationale : 1061.1 patients dialysés pmh⁸ versus 498.2 pmh en moyenne nationale.
- **Cancers** : 1304 nouveaux cas de cancers ont été validés pour l'année 2008 avec une moyenne d'âge de 66 ans chez les hommes ; 62 ans chez les femmes. La prostate est l'organe le plus fréquemment atteint chez l'homme (55% des cancers), le sein pour la femme (38% des cancers).
- S'agissant des pathologies infectieuses :
 - Concernant le **VIH/SIDA**⁹, il s'agit de la 2^{ème} région la plus touchée de France. Les classes d'âge les plus touchées sont les 40-49 ans en 2008 versus les 30-39 en 2006. Les rapports hétérosexuels demeurent le principal mode de contamination, les femmes sont autant affectées que les hommes. La Guadeloupe se trouve dans

⁵ Source INVS - Dossiers thématiques

⁶ BEH 9-11-2010 / 42-43

⁷ Etude CONSANT⁷ de 2007 2^{ème} taux régional le plus élevé de France en 2010.

⁸ Pmh : par million d'habitant

⁹ 2^{ème} taux régional le plus élevé de France en 2010.

une situation préoccupante car la proportion de ceux qui connaissent leur séropositivité avant le diagnostic reste trop faible.

- S'agissant de la **tuberculose**, l'incidence est globalement stable en Guadeloupe entre 2003 et 2008. Elle se situe aux environs de 7 nouveaux cas pour 100 000 habitants (vs 5 en moyenne nationale). L'âge moyen des malades est de 45 ans. Les hommes sont plus touchés que les femmes.
- L'incidence de la **lèpre** est passée de 24/100 000 en 1970 à 1,6/100 000. En 2009 la file active comprend 54 patients.
- S'agissant des **pathologies liées au milieu**. La **dengue** est en pleine expansion dans le bassin caribéen où sa forme hémorragique depuis le début des années 80 a été à l'origine de plusieurs centaines de décès. Les experts prévoient une dégradation de la situation dans les années à venir. En l'absence de vaccins et traitements spécifiques, la lutte contre le moustique vecteur demeure la seule méthode pour diminuer l'incidence de la maladie. Or les phénomènes de résistance aux insecticides s'amplifient.
- S'agissant de la **leptospirose**, les études révèlent un taux de mortalité 100 fois plus important en Guadeloupe qu'en métropole. Entre 2002 et 2008 la moyenne des hospitalisations est supérieure à 130 et 5 décès sont recensés par an.

2-2 - LES DISPOSITIFS DE PREVENTION :

2-2-1 Répartition actuelle et suivi des dispositifs

Les dispositifs de prévention sont installés dans tous les territoires (voir cartes ci -dessous) :

- ✚ Le **Dépistage de la tuberculose** : coordination globale et médicale assurée par le CHU, 2 opérateurs hospitaliers (Saint-Martin et CHU);
- ✚ Le **Dépistage de la lèpre** : coordination par le CHU (avec notamment détection parmi les personnels et les élèves accueillant de jeunes enfants et les migrants) ;

- ✚ **Le dispositif de vaccinations des plus de 7 ans** : 21 sites dont 7 fixes (1 CH, 3 opérateurs associatifs). Stockage, distribution aux centres conventionnés et traçabilité assurée par l'Institut Pasteur -
- ✚ **Le dépistage du VIH et IST (CIDDIST)** : 4 CIDDIST entités juridiques (dont 3 CH et 1 porteur associatif) et 8 sites potentiels en complément de l'offre portée par la médecine libérale et les établissements hospitaliers;
- ✚ **Le dispositif de dépistage de la drépanocytose** : le centre de référence des maladies rares est labellisé depuis le 12 juillet 2006. La coordination est située au CHU et intègre des compétences réparties sur les sites du CHBT et le CH du Lamentin en Martinique. Centre intégré, il propose du conseil génétique, du dépistage et conduit des actions de prévention, de soins et de recherche.
- ✚ **Le dispositif de prévention des addictions** est très fortement lié aux modalités de prise en charge et de soins unissant les offres portées par le CHU (unité de soins et de liaison du CHU) et le CH de Beauperthuy (unité d'alcoologie et unité de sevrage, USSUD).
 - **Un réseau** : le **GIP-A-ASPEG dénommé groupement d'intérêt public - Addictions- et actions de santé publique en Guadeloupe** Il est chargé de favoriser la prévention, l'accès aux soins, la prise en charge pluridisciplinaire et la coordination des soins.
 - **Des structures ambulatoires** :
 - ❖ **5 CSAPA, centre d'évaluation de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie** :

Implantation¹⁰ : 2 à Pointe à Pitre, 2 à Basse Terre, 1 à SAINT MARTIN

Missions : Chaque CSAPA propose des consultations jeunes consommateurs (alcool, substances illicites). L'alcool représente 52 % des demandes de prise en charge (tendance nationale similaire), suit le cannabis (22 % et en particulier dans les consultations jeunes consommateurs versus 14 % au niveau national), et le crack (8 % des demandes).
 - ❖ **2 consultations de tabacologie** au CH de la Basse-Terre et au CHU :

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

❖ **1 CAARUD** : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues, situé aux ABYMES et géré par l'association d'usagers et de parents d'usagers dénommé **STOP**.

❖ 2 équipes mobiles spécialisées en psychiatrie (Basse-Terre et Grande-Terre).

🚦 **Le dépistage organisé des cancers du sein et colorectal (DOCS et DCCR) :**

- **DOCS** mis en place en 2004 : 18 cabinets libéraux de radiologie agréés. Le territoire est entièrement couvert. Le taux moyen national atteint 50,7% en 2010.
- **DCCR** mis en place en 2008. Le taux de participation est bas (20 % en 2010) et inférieur au taux national.

🚦 **1 registre du cancer** lancé en 2008, dans le cadre du plan Chlordécone 2008/2010. Dossier de qualification en instruction.

🚦 **Le protocole ARS et Préfet** : Il organise les modalités de coopération portant notamment :

- sur le **recueil permanent à l'ARS de tous les signaux** (sanitaire, issus des vigilances, ou des dispositifs de surveillance) 7j/7 et 365 jours / 365. Un numéro de téléphone, le 05 90 410 200 est dédié.
- sur l'**archivage et la traçabilité du traitement des signaux assurés par une plateforme informatique sécurisée dénommée VOOZALERTE**
- la **participation aux exercices d'application des consignes des plans de secours (ORSEC et autres)** initiés par le Préfet.
- **l'élaboration de plans de réponse à des situations exceptionnelles** :
 - Le Programme de Surveillance d'Alerte et de Gestion de la dengue (PSAGE dengue)¹¹ :
 - Le plan pandémie grippale¹²
 - Le plan communal de prévention de la dengue et de lutte contre les moustiques¹³

¹¹ Le PSAGE organise, structure et proportionne la réponse dans le cadre de la prévention de la dengue, en fonction de données épidémiologiques et entomologiques, dans le domaine de la surveillance de la maladie, de la lutte contre le moustique vecteur et de la communication et de la mobilisation sociale.

¹² : arrêté par le préfet de région en 2009, il vise à organiser la réponse coordonnée et adaptée des acteurs en fonction de l'évolution de l'épidémie. Au-delà des aspects sanitaires, il s'attache à préserver la continuité de la vie sociale et économique. Il a été déclenché lors de l'épidémie de grippe H1N1 de 2009

¹³ : Il organise, structure et proportionne la réponse communale dans le cadre de la prévention de la dengue et de la lutte contre les moustiques, Il vise également à favoriser les approches inter communales. **Actuellement, seul le plan communal du Moule a été approuvé par le Conseil Municipal.**

- ✚ Le contrôle sanitaire des eaux réalisé par l'ARS (de consommation humaine, embouteillées, de baignade, de piscine)

- ✚ Le dispositif de lutte contre les infections associées aux soins dans les établissements de santé ; il a été mis en place deux approches complémentaires : la surveillance des infections nosocomiales (pour garantir la qualité des actes médico-techniques) et les signalements (plusieurs niveaux : établissement, à l'ARS, au CCLIN à l'INVS)

- ✚ Le contrôle sanitaire aux frontières : L'ARS à travers ce service :
 - Applique et met en œuvre le règlement sanitaire international
 - vérifie les opérations de désinsectisation des aéronefs
 - diffuse les informations nécessaires sur les plateformes portuaires ou aéroportuaires
 - participe, en cas de présence dans un avion d'un voyageur infecté, au contact tracing des passagers de ce vol.

Un meilleur repérage par les usagers des dispositifs de prévention sera possible par une meilleure communication. Le suivi des indicateurs de résultats sera renforcé et l'évaluation de la qualité des prises en charge proposées sera périodique.

2-2-2 - Des structures supports de la politique de santé publique à consolider :

L'IREPS : décline les missions de l'INPES en région (formation en éducation pour la santé, veille et documentation, soutien et appui aux associations dans le montage de projets et évaluation).

A l'instar du contrat d'Objectifs et de Performance 2012-2014 signé le 30 janvier 2012 entre le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé et l'INPES, une convention sera élaborée entre l'ARS et l'IREPS afin de décliner le rôle d'appui de l'IREPS auprès de l'ARS pour la mise en œuvre du Schéma Régional de Prévention.

L'ORSAG : affilié à la FNORS, réalise des études et analyses de bases de données, met à la disposition des services des données chiffrées concernant l'état de santé de la population ;

L'AGWADEC : assure le suivi du dépistage organisé des cancers du sein et du colorectal.

2-3 – LE FINANCEMENT ET LA REPARTITION DES CREDITS DE PREVENTION DE L'ARS

Les structures qui ont vocation à faire de la prévention sont très nombreuses : les établissements de santé et médico sociaux, réseaux de soins, professionnels libéraux, association habilitée à porter certains types d'action (dépistage organisé des cancers, ciddist ou vaccination), centres de santé, centres d'examens de santé, maisons de santé.

L'enjeu du PRS sera de mesurer l'impact qualitatif et financier des actions menées par l'ensemble de ces acteurs.

Pour ce qui concerne les crédits directement issus du budget de l'ARS leurs utilisations se décomposent comme suit :

Les dépenses règlementées représentent en moyenne chaque année près de 80 % de l'enveloppe des crédits d'intervention : tuberculose, lèpre, VIH et IST, vaccination, dépistage du cancer.

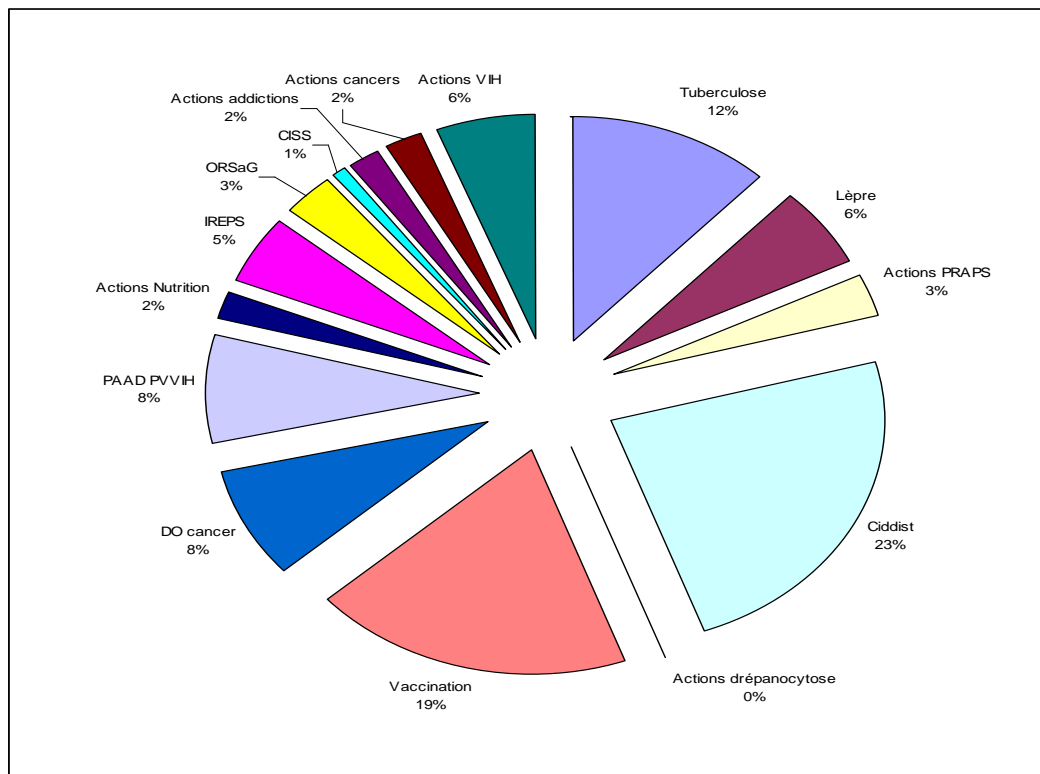
Les structures supports consomment environ 8 % des crédits de l'enveloppe annuelle ; ce budget est consacré au renforcement de la production de données en routine et d'indicateurs de santé fiables, ainsi qu'à l'accompagnement à la méthodologie de projets des associations, à la mise en œuvre et à l'évaluation des actions de prévention

L'IREPS, l'ORSaG, le pôle de compétence, le Collectif inter associatif sur la santé (CISS) constituent ces structures supports à cette date.

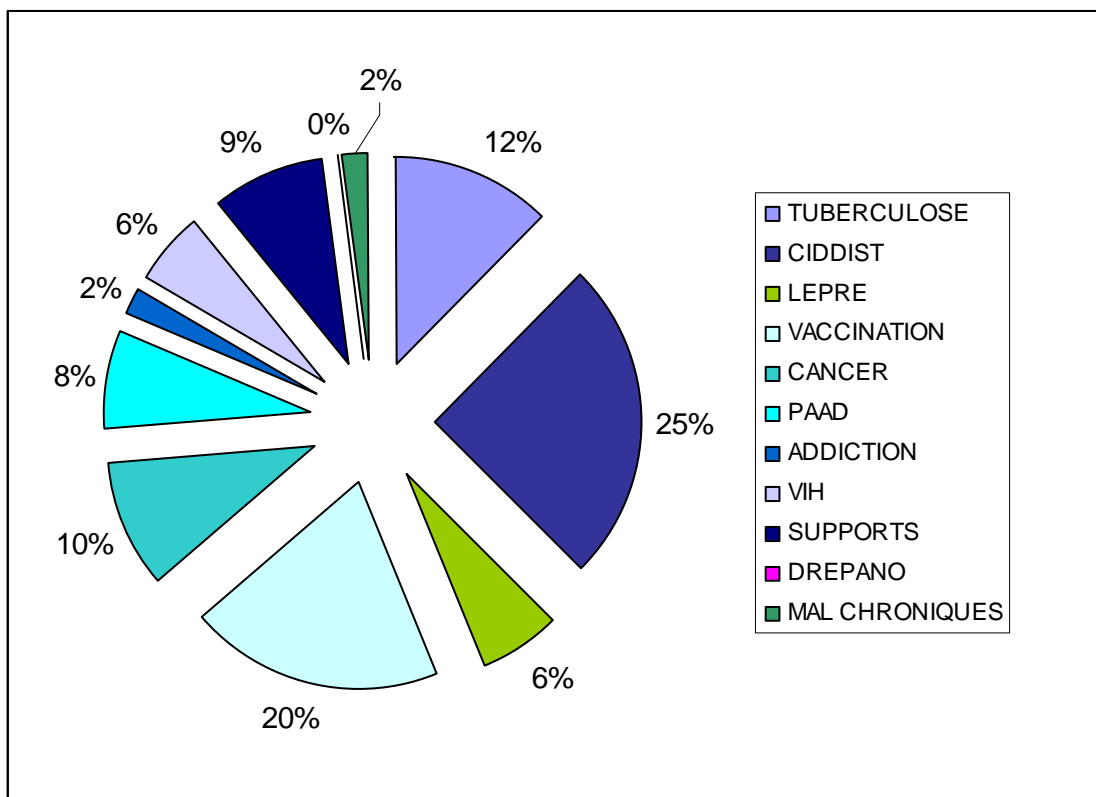
Environ 12 % des crédits sont mobilisables chaque année pour la réalisation d'autres actions de prévention.

Les résultats d'évaluation périodique des dispositifs devront permettre de mieux cerner les besoins et de mieux répartir les financements sur la base de critères d'opérationnalité et de choix validés par la commission de coordination des politiques publiques de prévention..

Répartition des volumes financiers sur crédits d'état en 2010



Répartition des volumes financiers alloués sur crédits d'état en 2011



2-4 - LES PRINCIPAUX ENJEUX DU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION :

Le SRP s'inscrit dans le cadre de la politique nationale et assure la déclinaison régionale de ses objectifs. Il doit répondre aux enjeux de :

- préservation de la qualité de l'offre et des interventions (actions de renforcement de la professionnalisation des acteurs, appui attendu de groupes experts, diffusion de règles de bonnes pratiques)
- réduction des inégalités territoriales de santé (par des actions sur les déterminants de santé grâce à des interventions de proximité : CLS, projets territoriaux, cadre de vie ; par une politique en faveur du renforcement de la protection vaccinale des populations, par l'action conjuguée des membres de la CCPP, par la lutte contre la mortalité infantile, par les actions en faveur de la pratique de l'activité physique accessible à tous les publics)
- préservation de l'accessibilité aux dispositifs de prévention (une organisation territoriale accessible et lisible)
- recherche d'efficience du système de santé (la prévention s'intègre dans le parcours de santé de l'utilisateur, dans le parcours de soins du malade)
- recherche de l'adhésion de la population à la politique régionale de santé (sensibilisation, qualité de la mise en œuvre des actions rapportée par la conférence de territoire, action lisible et évaluable)
- renforcement de la protection de la population aux enjeux sanitaires en poursuivant le développement de la capacité de réponse aux alertes et aux crises sanitaires (champ de la sécurité sanitaire, sensibilisation des professionnels et des populations, structuration du dispositif de veille, d'alerte et de réponses, communication sur les dispositifs et les urgences sanitaires)

Il s'appuie pour sa déclinaison sur les :

- Principes de réponses fondés sur :
 - un pilotage par l'ARS
 - une approche inter sectorielle et transversale,
 - les connaissances scientifiques et des interventions probantes
 - un suivi et une évaluation garantis aux instances de démocratie sanitaire

- **Résultats de l'évaluation du PRSP** rendus en décembre 2010 et qui ont montré des pistes de progrès, susceptibles de constituer les éléments de tableau de bord de la Commission de Coordination des Politiques Publiques de Prévention :
 - la connaissance, la lisibilité des actions de prévention et leur impact territorial
 - le pilotage pluriannuel du PRS, notamment dans son volet prévention
 - la professionnalisation des acteurs
 - le choix d'un nombre limité de priorités territoriales
 - l'évaluation des résultats en termes de gain de santé

2-5- LES PRIORITES DU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION :

Elles sont de deux ordres :

✚ La **première priorité** consiste à doter le champ de la prévention d'une **organisation structurante** s'appuyant sur :

- Une gouvernance au niveau régional
- Des outils territorialisés
- Une ingénierie technique

✚ La **seconde priorité** réside dans le **déploiement d'une offre de prévention** en réponse aux besoins de santé déjà identifiés dans le PRSP 2006-2010 et aux priorités dégagées par domaine dans le PSRS.

- ***Dans le domaine de la périnatalité et la petite enfance :***

- Réduire le taux de mortalité infantile
- Réduire le taux des IVG récidivantes
- Lutter contre le surpoids et l'obésité
- Améliorer les dépistages
- Améliorer la protection vaccinale et le taux de couverture vaccinale
- Promouvoir le zéro toxique pour la femme enceinte

- ***Dans le domaine des maladies chroniques :***

- Lutter contre le surpoids et la sédentarité
- Promouvoir l'activité physique

- Promouvoir les dépistages
- Promouvoir la vaccination
- ***Dans le domaine de la santé mentale, des addictions et de la santé des jeunes :***
 - Faire évoluer les représentations
 - Prévenir l'usage nocif des drogues
 - Améliorer les repérages
- ***Dans le domaine du Handicap et du Vieillessement :***
 - Améliorer la connaissance épidémiologique du handicap
 - Améliorer l'organisation du maintien à domicile
 - Améliorer la coordination de la prise en charge
- ***Dans le domaine des risques sanitaires :***
 - Diminuer l'incidence des maladies vectorielles
 - Améliorer la qualité de l'eau du réseau
 - Prévenir la survenue de maladies émergentes
- ***Ce déploiement s'appuie sur une consolidation des ressources territoriales***
 - Les professionnels de santé libéraux
 - Les structures de prévention, les établissements de santé et médico-sociaux, et les associations
 - Les acteurs de la santé environnementale
- ***Des fiches actions*** présideront la mise en œuvre opérationnelle des priorités du PRS mises en œuvre dans le champ de la prévention.

3- CADRE D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE PREVENTION

3-1- LES OUTILS STRUCTURANTS DE LA PREVENTION

Pour la conduite de la politique régionale de santé, l'ARS est accompagnée d'un certain nombre d'organes créés par la loi HPST. Ils ont pour mission d'émettre un avis sur le PRS, d'orienter, d'animer, de suivre les déclinaisons faites dans les domaines de la prévention et de la veille sanitaire.

3-1-1-La gouvernance régionale :

3-1-1-1- Les commissions Spécialisées :

- ✚ **La commission spécialisée prévention de la conférence sanitaire pour l'autonomie (CSA)** (article D 1432-36 du CSP),

Cette commission sera consultée sur les documents de programmation et de mise en œuvre du projet régional de santé.

Dans cet esprit elle sera appelée à formuler toutes les observations et propositions visant :

- Les évolutions en termes d'implantations et de financements des structures, plateformes, associations et effecteurs
- Les coopérations pour fluidifier le parcours de l'utilisateur
- Les conditions d'application du respect des droits des usagers, l'égalité d'accès aux soins, la qualité des interventions et des prises en charge
- L'accessibilité géographique aux offres
- Les programmes thématiques tels le PRAPS
- Les actions complémentaires éventuelles dans le champ de la promotion/prévention de la santé et de la veille et la sécurité sanitaire
- Les attributions des fonds d'intervention
- Organiser l'évaluation

Elle sera tenue informée des modalités de mise en œuvre et de suivi des volets du SRP.

Elle sera sollicitée au moins 2 fois par an et sera appelée à émettre un avis sur le bilan et le programme prévisionnel que l'ARS lui présentera.

Les membres de la commission spécialisée prévention de la CRSA pourront être associés aux procédures d'appels à projets et d'évaluation des actions menées dans les territoires.

- ✚ **La commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, la santé au travail et la protection maternelle et infantile ou CCPP** (article D 1432-4).

Par sa composition, cette commission regroupe les acteurs institutionnels qui financent la prévention. De ce fait, elle dispose des éléments de connaissance, des moyens mobilisables pour la mise en œuvre cohérente du PRS et la recherche des leviers utiles à la couverture optimale des territoires.

Cette commission aura plusieurs ambitions :

- étudier et décider des conditions de financement de la prévention selon les domaines d'intervention propre à chacun des participants
- élaborer les appels à projets et cahiers des charges de mise en œuvre du PRS


- participer aux recensements des actions de prévention menées sur le territoire
- suivre les évaluations menées dans le champ de la prévention
- participer à la connaissance de l'exposition aux risques (infectieux, naturels) et aux programmes de réduction de ceux-ci
- arrêter le programme annuel des interventions de ses membres (dont le programme académique de l'éducation nationale : soins bucco-dentaires, obésité, contraception).

Elle tient informée les conférences de territoires et de la commission spécialisée de prévention de l'état d'avancement de ses travaux.


Elle se réunit au moins deux fois par an

3-1-1-2- Le pôle de compétence régional (Cf. : COG DGS INPES mentionnée page 15).


Le Pôle de Compétence est une **plateforme de ressources en éducation pour la santé** et en éducation thérapeutique, au service de tous les acteurs concernés, institutionnels, professionnels, spécialistes ou non de l'Education pour la santé, éducation thérapeutique du patient et promotion de la santé, les acteurs de terrain, les bénévoles, les décideurs et les publics concernés. Il vient en appui de leurs actions en éducation pour la santé.

 **Missions** : Développer des fonctions support telles :

- le conseil méthodologique
- l'appui documentaire
- l'ingénierie de projet
- les formations
- l'évaluation

 **Objectifs spécifiques** : Accroître les compétences et professionnaliser les acteurs, développer des partenariats, l'intersectorialité et participer à une meilleure visibilité des acteurs et des actions.

- Participer à l'amélioration de la qualité des programmes et des actions,
- Former et professionnaliser les acteurs,
- Faciliter une meilleure couverture des territoires,
- Elargir les actions en fonction des besoins du territoire (milieu, population...)
- Rendre visible l'ensemble des programmes, des actions et des acteurs.

 **Cadre** : Dans le respect du cahier des charges objet de la convention conclue entre l'INPES et la DGS, le pôle s'articule autour :

- 1 animateur : l'IREPS

- D'un comité de pilotage piloté par l'ARS et qui comprend l'Education nationale, la CGSS l'ORSAG, ... ; ce comité est chargé de valider les orientations et le programme annuel du pôle.
- une charte d'engagement signée des membres,
- des membres : Caisse Générale de Sécurité Sociale, conseil général, Mutualité Française, réseaux de santé, COREVIH...

Il a vocation à s'ouvrir à d'autres structures sur acceptation de la charte. Il devra s'articuler avec les autres plateformes d'expertise en santé construites dans la région.

✚ **Délai de mise en œuvre** : 2012 après obtention de l'agrément par l'INPES. Le pôle de compétence aura la charge de mettre à jour le répertoire des acteurs de la prévention, de participer aux recueils des actions de prévention, à la constitution de base de données des ressources en formateurs ou personnes compétentes pour l'accompagnement aux porteurs de projet. Il aura la charge de recenser au plus près les actions de prévention connues ou menées sur le territoire par les membres qui le constituent.

3-1-1-3- Les groupes d'experts

L'ARS et les commissions s'appuieront sur un certain nombre de groupes spécialisés existants ou à constituer.

✚ **Attentes :**

- Formulation de recommandations pour aider à la prise de décisions puis à la déclinaison des actions de prévention.
- Aide à la recherche de transversalité et à l'inscription inter sectorielle des programmes afin de permettre une mise en œuvre optimale des actions de prévention.
- Participation aux travaux d'élaboration des programmes

✚ **Missions :**

- Animation d'une thématique (périnatalité, activité physique..)
- Recherche de cohérence de parcours de santé

✚ **Groupes à créer :**

- Le groupe vaccination
- Le conseil scientifique du PRS
- La plate forme de l'observation et de l'expertise

🚩 Groupe à réactiver ou à soutenir :

- La commission régionale de la naissance
- Le comité régional d'addictologie
- Le copil de la veille et sécurité sanitaire
- Le COREVIH
- Le groupe dengue maladie vectorielle

Des groupes experts pourront être réunis sur d'autres thématiques au gré des besoins.

3-1-1-4- La plate forme de veille et d'urgences sanitaires

Dotée d'un numéro de téléphone unique (05 90 410 200), la plate forme de veille, d'alerte et d'urgences sanitaires (PVUS) enregistre, l'ensemble des signalements et alertes, afin de les traiter rapidement (vérifier, analyser, évaluer), d'y apporter une réponse adaptée dans les délais les plus courts possibles, qu'il s'agisse de cas ponctuels ou répétés dans le temps.

Le système des astreintes hebdomadaires mis en place avec des agents compétents sur les volets administratif, médical, environnemental et pharmaceutique répond pleinement à l'ensemble des préoccupations générées par des crises.

Ces permanences sont assurées du lundi au lundi, 24H/24 et 7Jours/7, 365 jours par an et en relais du point focal permettant des réponses adaptées.

Il est prévu l'implantation d'une cellule d'appui le cas échéant sur 2 sites en Basse-Terre (à Bisdary) et en Grande- Terre (Raizet), notamment en cas de phénomène cyclonique ou d'éruption volcanique.

Une position de repli des services sera étudiée pour permettre la continuité du service public à travers une organisation rationnelle à consigner dans le PCA en cas de crise majeure.

Cette cellule d'appui dispose d'un personnel et d'un espace dédiés. Le pilotage de la cellule sera assuré par le régulateur, l'agent administratif (hors astreinte).

3-1-2- Les ressources territoriales de mise en œuvre :

3-1-2-1- Les conférences de territoires

Ces conférences sont des lieux de débat et de propositions des stratégies de déploiement territorial des actions de prévention et d'éducation pour la santé souhaitées pour améliorer la couverture du territoire en se référant aux parcours de vie de l'utilisateur concerné.

Les conférences de territoire participent à l'animation territoriale :

- Elles participent à la définition des besoins du territoire et à la remontée des besoins,
- Elles participent à la programmation des actions
- veillent à l'égal accès aux actions de prévention des usagers
- veillent à la qualité des prises en charge
- Elles participent au recensement et à la traçabilité des actions menées sur leur aire d'action
- Elles sont amenées à être informées et impliquées dans :
 - le suivi de la déclinaison territoriale du PRS, formalisé ou non dans un programme territorial de santé (PTS) ou équivalent (art L.1434-17), un bassin de vie dans le cadre du CLS
 - Les évolutions en termes d'implantations et de financements des structures, plateformes, associations et effecteurs
 - Les programmes thématiques tels le PRAPS
 - Les actions complémentaires éventuelles dans le champ de la promotion/prévention de la santé et de la veille et la sécurité sanitaire
 - Les attributions des financements

Les conférences se réunissent au moins 2 fois par an, et pourront émettre leurs observations tout au long de l'année.

3-1-2-2- L'animation territoriale

L'animation des projets territoriaux retenus par la CCPP et les Conférences de territoire reposera sur un dispositif institutionnel qui pourra le cas échéant être coordonnée par un animateur territorial, relais intéressant pour développer les actions de promotion et d'éducation pour la santé. Celui-ci pourra être rattaché à un établissement hospitalier et bénéficiera d'une formation à l'animation territoriale et aux enjeux de santé publique.

- ✚ **Nature** : Il s'agit de mettre en cohérence les actions territorialisées du PRS, les moyens nécessaires et de coordonner les acteurs. L'animation territoriale de santé prend en considération les déterminants de santé relevant d'autres secteurs et intègre les questions de santé dans un projet de développement plus global (développer des parcours de santé pour favoriser la pratique de l'activité physique, développer les transports publics pour favoriser le maintien à domicile)

- ✚ **Missions de l'animateur territorial** sur proposition de l'ARS et de la CCPP, il :
 - mobilise les moyens de réalisation d'un diagnostic local partagé (besoins de santé, offre de services, ressources humaines et matérielles)
 - Implique les usagers, les acteurs locaux
 - Conçoit et formalise le projet territorial ou local, suit sa mise en œuvre
 - Sensibilise les politiques locales aux enjeux de santé publique et à leur prise en compte
 - Favorise la diffusion de bonnes pratiques en éducation pour la santé
 - Appuie les porteurs de projet dans leurs démarches méthodologiques
 - Fait appel au pôle de compétences régional pour mieux développer son projet localement

3-1-2-3- Les contrats locaux de santé

Prévu par l'article L 1434-2 de la loi HPST, l'adaptation de la politique de prévention au plus près de besoins spécifiquement définis pourra se traduire par la conclusion d'un contrat local de santé.

- ✚ **Nature du CLS** : Le CLS est un outil qui vise à répondre aux besoins de proximité de la population. Il est conclu par l'ARS notamment avec les collectivités territoriales pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Il peut porter sur la promotion, la prévention de la santé, la déclinaison de soins curatifs et d'actions relevant du médico-social.

- ✚ **Périmètres des CLS** : avec la participation active des conférences de territoire, ils peuvent être globalement conclus dans 2 contextes :
 - Celui de la politique de la ville : dans cette situation, le CLS vient compléter le volet santé des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS),
 - Celui de l'optimisation de dynamiques territoriales de proximité, pour ériger un projet fédérateur contractualisé avec l'ARS, les collectivités territoriales, la CGSS et créer une dynamique de santé en un lieu pour répondre à un besoin de santé identifié (exemple : contrat local en santé mentale pour lutter contre les stigmatisations, meilleur repérage et

traitement des troubles mentaux, contrat avec la collectivité des Saintes pour préserver la continuité des soins de médecine générale) ; pour prolonger l'expérience conduite par les acteurs de la santé mentale avec les élus dans le territoire du Sud Basse-Terre (Côte Est)

- Le CLS peut également avoir une portée régionale et ne traiter qu'une thématique précise ; pour exemple : il peut être conclu autour de la problématique Dengue ou leptospirose avec les collectivités, le suivi des taux de couverture vaccinale, le dépistage du surpoids avec les services de la Protection Maternelle et Infantile ou de l'Education Nationale...

🚩 **Objectif** : se doter d'ici 2013 d'au moins un CLS.

3-1-2-4- L'offre de prévention de premier recours

Cette prévention de premier recours s'appuiera sur les professionnels de santé libéraux, les établissements publics sanitaires et médico-sociaux ainsi que sur les structures de dépistages ou de vaccination réparties sur le territoire.

La piste d'une structure unique regroupant ces opportunités ou d'un guichet unique, porte d'entrée et d'accès au dispositif de prévention et d'éducation pour la santé devra être recherchée sur la durée du PRS afin de faciliter le repérage et l'accès à cette offre de premier recours dans un territoire donné.

Cette offre sera complétée, en fonction des crédits disponibles, par des associations territoriales qui auront répondu aux appels à projets ciblés.

3-1-2-5- Présentation de l'offre territoriale de prévention et de son évolution :

🚩 **Enjeux** : Donner sur chaque territoire, une vision de l'offre de prévention médicalisée en l'adaptant aux besoins spécifiques de chacun d'entre eux.

🚩 **Principes d'organisation** :

Chaque territoire devra disposer au minimum d'un :









- centre de vaccination
- centre de dépistage des IST dont le VIH
- centre dédié aux problèmes d'addiction
- centre de référence de l'Education thérapeutique ou antenne d'un centre de référence

- dépistage en maternité de la drépanocytose, des troubles de l'audition
- circuit identifié de dépistage des handicaps
- permanence d'accès aux soins des plus démunis (PASS)

Ces structures feront l'objet d'évaluations régulières afin de les mettre en adéquation aux besoins du territoire. Il pourra être demandé aux structures de mutualiser leurs moyens dans le but de réorienter les financements disponibles sur des besoins identifiés et non couverts et affiner ainsi l'offre proposée à chaque territoire.

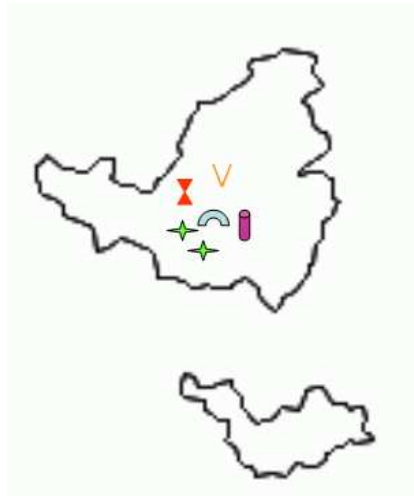
Au terme du PRS, l'ensemble de l'offre ambulatoire devra être intégré dans cette présentation territorialisée.

3-1-2-5-1- Le Territoire du Sud Basse-Terre

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

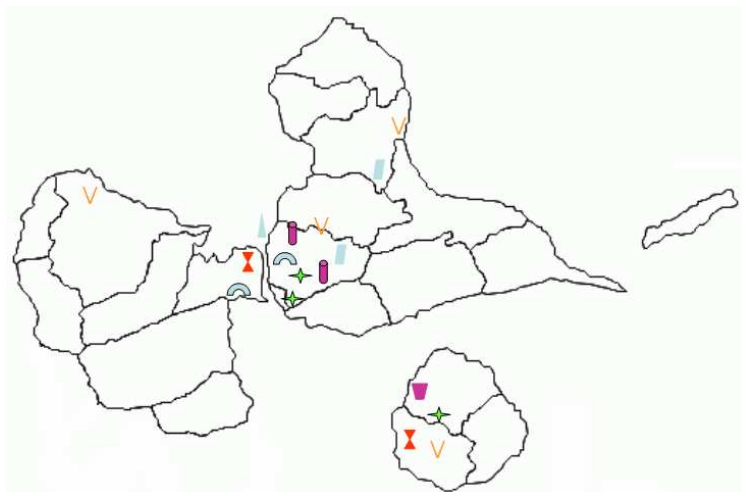


3-1-2-5-2- Territoire des îles du Nord



- ★ Dépistage VIH-IST (dont TROD)
- ⤿ Dépistage Audition et Drépano en maternité
- 💊 Information et prise en charge des addictions
- V Vaccination
- ▭ Dépistage des handicaps CMPP
- ▴ Dépistage des handicaps CAMSP
- ⌚ ETP hospitalière pluri pathologie
- ▽ Centre périnatal de proximité

3-1-5-2-3- Territoire Centre



- ★ Dépistage VIH-IST (dont TROD)
- ⤿ Dépistage Audition et Drépano en maternité
- 💊 Information et prise en charge des addictions
- V Vaccination
- ▭ Dépistage des handicaps CMPP
- ▴ Dépistage des handicaps CAMSP
- ⌚ ETP hospitalière pluri pathologie
- ▽ Centre périnatal de proximité

3-1-3- Une ingénierie technique :

3-1-3-1 - L'observation de l'état de santé et de l'évolution de l'offre de prévention :

Les résultats de l'évaluation du PRSP ont montré que l'ARS ne disposait ni de la connaissance suffisante des actions menées sur son territoire ni de celle des différents promoteurs agissant au nom de la politique régionale définie.

Afin d'y remédier, le renforcement des outils d'observation, de communication et d'aide à la décision sera recherché, et le manque d'exhaustivité qui met en doute la fiabilité des données statistiques devra être corrigé.

✚ La création d'une plateforme de l'observation et de l'expertise est préconisée par la CCPP :

- **Attentes** : Cet outil au service du PRS doit permettre de rassembler les données sanitaires et sociales disponibles sur le territoire, de les consolider, de prioriser les thématiques et études nécessaires à mener pour optimiser les actions de prévention (dont contraception et mésusages médicamenteux à visée abortive).

Cette plate forme est pilotée par l'ARS, elle sera alimentée par les membres de la CCPP ; et en tous les cas par l'ARS et la CGSS. Un cahier des charges réglera son mode de fonctionnement.

Sa mise en place est attendue dès 2012.

➤ Modalités de mise en œuvre :

- Poursuite du recueil de données sur l'Etat de santé dans la Région détenues par les membres de la CCPP :

Il conviendra de recueillir en routine les données sur le territoire et d'aider à leur mise en valeur (données vaccinales, surpoids obésité chez les jeunes par exemple) ; de conduire des enquêtes le cas échéant sur les champs insuffisamment exploités et dépourvus de données. Pour ce dernier point l'ORSAG est le prestataire le mieux indiqué.

✚ La création d'un outil de cartographie de l'offre et des actions de prévention facilite la lecture territoriale des efforts réalisés par les partenaires:

- Attentes : cet outil de recueil de l'offre et des actions de prévention réalisées sur le territoire servira :
 - au recensement exhaustif par territoire :

- de la localisation et de la répartition de l'offre de prévention (structures, professionnels, spécificités)
 - de la localisation et de la répartition des actions menées (périmètre ? la commune ? le quartier ?),
 - des thématiques (pathologie ? déterminant ?)
 - des populations (tranches d'âge) concernées,
- à définir les zones dites prioritaires car non couvertes par des actions de prévention, les cibler et :
 - lutter contre les inégalités d'accès à l'offre,
 - organiser la réponse coordonnée entre promoteurs,
 - donner une lisibilité aux réalisations,
 - à aider à l'évaluation du Plan et à la priorisation des actions à venir,
 - à rapporter le bilan des actions réalisées aux 3 conférences de territoire.
- Ce travail sera mené dans le cadre du pôle de compétence par la mise en œuvre d'un logiciel de suivi nommé **OSCARS (outil d'observation et de suivi cartographique des actions régionales de santé) dont la création est envisagée courant 2012.**


Dans l'attente de la création des conditions favorables à la mise en œuvre d'OSCARS, les promoteurs effectueront des remontées régulières de ces informations à une période à définir.

Une maquette sera proposée par l'ARS en lien avec le pôle de compétence au plus tard au 2^{ème} trimestre 2012, en vue d'une remontée trimestrielle des données.

Le développement de la culture d'évaluation des actions menées :

L'ARS conduira des inspections dans les structures, organisations auxquelles elle accorde un financement pour développer la prévention. Celles-ci seront inscrites dans le programme annuel régional d'inspection et contrôle (PRICE).

En complément, des critères d'évaluation seront systématiquement posés dans les cahiers des charges des appels à projet pour une meilleure optimisation au long cours des ressources et une amélioration qualitative des actions menées.

 **Dans l'idéal**, l'ARS plaide pour l'édification dans la région d'un **système d'information géographique au service de la prévention et de la santé (SIG)**, véritable réseau qui pourrait être animé par l'observatoire de la santé de la Guadeloupe (ORSAG).

- **Attentes** : Ce SIG renseignera sur des données relatives à la santé à l'échelon communal (ou cantonal), mais aussi sur la socio démographie et l'environnement pour une analyse intégrée des problématiques de santé des 3 territoires et une politique coordonnée visant en outre à réduire les inégalités de santé.

Il englobera :

- *des systèmes d'information existants* et qui ne sont encore pas mis en relation, pour exemple : SIG de la lutte anti vectorielle, Rapports de performance des centres de vaccination et de lutte contre les maladies infectieuses (RAP), les remontées de l'activité annuelle des centres de vaccination, de lutte contre la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles (SOLEN), les éléments du Programme Régional d'Inspection et de contrôle de l'ARS (PRICE), des données de l'Assurance Maladie (SNIIRAM), les données médico-sociales sanitaires, les outils de démographie des professionnels, les données de la DJSCS...
- *ou à développer* : OSCARS (outil d'observation et de suivi cartographique des actions régionales de santé CGSS, la plateforme de l'observation et de l'expertise portée par l'ARS.

- **Plus value** :

- Avoir une meilleure lecture des offres et réponses territoriales
- coordonner la prévention avec les autres secteurs déterminants de la santé
- optimiser la réponse aux besoins en sollicitant les acteurs les mieux placés sur le territoire ou la partie de territoire concerné

- Calendrier de mise en œuvre : fin de validité du PRS, 1^{ère} étape d'évaluation de la construction de cet outil en 2013

La plateforme de veille et d'urgences sanitaires (PVUS) :

Le principe de partage de l'information entre les différents acteurs de la Plateforme de Veille et d'Urgence Sanitaire (PVUS) au sein de l'ARS de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy s'appuie sur un **système d'information partagé** via une plateforme Internet sécurisée et nommée **Voozalerte**.

- **Objectifs** : Outre le partage de l'information, cet outil vise à :

- Garantir la qualité et la traçabilité du traitement des signaux sanitaires ;
- Faciliter la rétro-information aux partenaires sur les mesures de gestion prises et les résultats ;
- Permettre l'évaluation des pratiques relatives au traitement des signaux sanitaires, notamment la réactivité,
- Faciliter les échanges d'expérience ;

- Produire des indicateurs de suivi (rapports d'activité).

Selon la nature du signalement, cet outil est couplé aux outils existants depuis plusieurs années, puisque les signalements font référence aux enregistrements dans WINTIAC (gestion des TIAC), ou SISMIIP (Système d'Information pour la Surveillance des Maladies Infectieuses Prioritaires), ou BK4 (suivi épidémiologique des tuberculoses).

➤ **Enjeux :**

- Augmenter le taux de signalements,
- Elargir les réseaux sentinelles ...
- Sécuriser le système de remontées des maladies à déclaration obligatoire (MDO) ; si l'exhaustivité des MDO est généralement difficile à atteindre, il est indispensable d'y tendre, afin de garantir la sécurité sanitaire dans les meilleurs délais suivant leur signalement
- Réduire par la prévention la survenue des risques sanitaires
- Développer un réseau des référents mobilisables même en dehors de la région, pour contenir le développement de pathologies rares et potentiellement mortelles,

➤ **Attentes :**

- ❖ Plusieurs axes d'amélioration, doivent faire l'objet d'un effort particulier :
 - l'amélioration de taux de signalements sans délai des MDO à signalement vers le point focal de l'ARS (05 90 410 200), et pour ceci, favoriser l'adhésion des médecins :
 - en rappelant l'action de santé publique qui suit un signalement ;
 - en améliorant la crédibilité de l'ARS vis-à-vis des médecins déclarants
 - en systématisant la rétro-information des actions menées aux médecins déclarants
 - Etablir un annuaire des référents ou des ressources humaines et matérielles à solliciter lors de la survenue de pathologies rares (liées par exemple aux amibes thermophiles...)
 - la réponse dans les meilleurs délais suivant un signalement, sans introduire de distinction de traitement des signalements qui justifient une intervention urgente de l'ARS entre les heures ouvrées et les heures non ouvrées ;
 - la poursuite de l'effort de professionnalisation des personnels de la CVAGS (cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire) aux différentes étapes du traitement d'un signalement correspondant aux MDO, en particulier aux étapes de réception, validation et gestion d'un signal (éventuellement aux étapes d'évaluation investigation et déclenchement de l'alerte, au cours desquelles la Cire est en appui) ;

- L'intégration du signalement des MDO aux stratégies de communication/sensibilisation que l'ARS engagera auprès des médecins
- ❖ Autre axe d'amélioration : plus grande articulation avec les secteurs de la prévention et du soin, en particulier sur des thématiques prioritaires à définir :
 - Le renforcement des articulations avec le service de prévention et la promotion de la santé (amélioration de la couverture vaccinale, le renforcement des dépistages en lien avec les acteurs de la CCPP, élaboration de programmes de surveillance épidémiologique, etc...)
 - Le renforcement des articulations avec le sanitaire et le médico-social (recours planifié au SAMU, prise en charge adaptée en établissements de santé, coordination dans le déclenchement des plans blancs des établissements de santé, des plans bleus des établissements médico-sociaux, dans la gestion des infections nosocomiales)

En situation de crise, une cellule spécifique est mise en place sous l'égide du préfet ; les informations sont véhiculées via un outil : SYNERGI

Le système SYNERGI donnera les informations émanant de l'équipe ARS en place en préfecture au centre opérationnel départemental (COD). L'organisation des équipes en COD et en cellule d'appui fait l'objet de comptes rendus au directeur et au coordonnateur du COD dès la première heure de sa mise en place.

3-1-3-2 – La professionnalisation des acteurs :

La prévention générale doit permettre d'inverser la courbe ascendante que suivent la prévalence des maladies chroniques et le poids de ses déterminants dans nos régions depuis plusieurs années. Elle doit produire des résultats probants. L'expérience d'une pratique ne suffit pas à être compétent dans ce domaine.

La professionnalisation vise à apporter aux différents partenaires et acteurs de la prévention et de la promotion la santé, les acteurs impliqués dans la sécurité sanitaire, la connaissance, les méthodes et procédures pour mettre en œuvre des actions et les suivre pour en améliorer l'efficacité.

3-1-3-2-1- Les professionnels de la PVUS :

✚ **Enjeux :** disposer des données suffisantes et pertinentes pour valider un signal, appliquer les procédures pour raccourcir les délais de réponse et de gestion d'une situation à risques, communiquer de façon précise et transparente sous la responsabilité du préfet, et respecter les droits des usagers en particulier le droit à l'information et au respect des données confidentielles.

✚ **Attentes :**

- organisation de formations régulières d'actualisation des connaissances des équipes dédiées à la PVUS et des équipes qui prennent part aux astreintes
- formation des équipes à la communication en temps de crise
- actualiser les procédures standardisées et s'assurer de la bonne diffusion des référentiels de réponses adaptées
- maintenir et renforcer les partenariats entre les membres de la PVUS, les cliniciens, les établissements de santé, les autres partenaires institutionnels pour renforcer l'expertise réciproque.

3-1-3-2-2- Les professionnels acteurs et partenaires de la réponse à l'urgence sanitaire :

✚ **Enjeux :**

Une bonne organisation en interne dans les établissements, la connaissance des procédures et du degré de précision des données nécessaires à l'information des membres de la CVAGS et de l'INVS facilitent le contrôle de l'évolution des phénomènes infectieux et leur gestion.

✚ **Attentes :**

- Participer si besoin à la formation aux procédures d'alerte
- actualiser les procédures et s'assurer de leur bonne compréhension et diffusion
- développer la pratique d'exercices coordonnés
- organiser régulièrement des séances consacrées aux retours d'expériences (RETEX)

3-1-3-2-3- Les promoteurs du champ de la promotion et de l'éducation pour la santé :

Enjeu :

La qualité des actions de prévention dépend des compétences professionnelles nouvelles ou à renforcer. Celle-ci passe par la formation, l'amélioration des connaissances, la diffusion de référentiels ou guides de bonnes pratiques de l'HAS aux professionnels de santé et de méthodologies qui ont fait leur preuve.

Ces formations ouvrent par ailleurs des espaces d'échanges et de mutualisation des pratiques propices à la création de dynamiques d'équipes en un territoire donné.

Attentes :

- **Avoir des professionnels de santé libéraux formés** en nombre suffisant pour faire de l'éducation, et des professionnels libéraux formés à la coordination, l'organisation, la gestion de projet /programme d'EPS ou d'ETP:
 - Le renforcement des partenariats avec les URPS (unions régionales des professionnels de santé)

Il s'agira de définir avec les URPS, leurs besoins de formations continues (EPU = enseignement post universitaire, DU = diplômes universitaire), ou autres formations dont celles relevant du champ de l'éducation thérapeutique. Un groupe de travail viendra préciser les choix thématiques et les modalités opérationnelles de mise en œuvre.
 - L'intégration des besoins de formation des professionnels de santé dans les programmes de formation continue les concernant.
 - L'intégration progressive d'heures d'enseignements en EPS ou en ETP dans la formation initiale des professionnels de santé.

- Former plus spécifiquement les **personnes hors champs des professionnels de santé** notamment grâce au concours du pôle de compétence:
 - ❖ Il sera demandé au pôle de compétence de contribuer à la lisibilité de l'offre de formation dans la région en établissant dans un premier temps un document recensant :
 - Le nombre de formateurs disponibles sur la région
 - Les formations existantes sur le territoire ou sur la zone DFA (DU en particulier)
 - Les compétences existantes
 - L'étendue des compétences
 - Le temps alloué au pôle de compétence

- ❖ Dans la mesure du possible les formations seront réalisées dans le cadre du pôle de compétence s'il en a les moyens, un appel à formateurs extérieurs est possible si les compétences nécessaires ne se trouvent pas parmi les membres du pôle.
- ❖ Les enseignants pourront à la demande de leur hiérarchie être formés à l'EPS pour favoriser le développement de la promotion de la santé et des pratiques d'EPS dans les classes et renforcer les partenariats au sein du bassin d'implantation de leur établissement
- Pour chaque appel à projet **thématique**, l'ARS s'attachera à organiser **une journée de sensibilisation** à laquelle devront assister les porteurs dont l'action aura été retenue. Par cette action, il s'agira de communiquer aux porteurs des éléments visant à diffuser sur le territoire un certain nombre de points de connaissance commune (résultats d'étude, expérience probante, recommandations nationales ...). Lors des appels à projet, il sera systématiquement exigé que soit produit le CV de la personne responsable de l' action afin d'apporter la preuve de sa compétence dans le domaine. A défaut, le projet devra s'appuyer sur un professionnel et cette implication devra apparaître explicitement dans le dossier de réponse à l'appel à projet.
- L'ARS n'a pas vocation à financer directement les formations sauf dans des conditions particulières qui seront précisées en temps utile.
- La recherche de financement de droit commun devra systématiquement être menée avant toute demande, en dernier ressort, à l'ARS.
- Toute personne suivant une formation de formateur financée par l'ARS, s'engage à délivrer en retour des heures de formations dans le cadre du pôle de compétence.

3-1-3-3 La formalisation des moyens de financement :

Les modalités d'attribution des financements vont évoluer pour mieux répondre aux priorités identifiées dans le PSRS et mieux allouer les fonds disponibles.

- ✚ **Enjeux :** Assurer la lisibilité des crédits dédiés à la prévention amenés par les membres de la CCPP (dont l'ARS et la CGSS), les autres financeurs potentiels, et préserver la continuité des financements des actions de qualité.

 **Attentes :**

- Identifier les dispositifs socles (crédits fléchés) qui accompagnent la conduite de la politique régionale de prévention.
- La CCPP est le lieu d'expression, d'instruction voire de réorientation des demandes de subvention.
- Tous les promoteurs sont soumis aux procédures d'appels à projets à l'exception des projets et actions inclus dans un CPOM ; le dépôt des demandes obéit à des objectifs, un cahier des charges, d'outils d'évaluation communiqués dès l'annonce de l'ouverture d'une fenêtre de dépôts aux opérateurs.
- Le dépôt des demandes s'effectue dans la mesure du possible via l'outil internet qui viendra se substituer à « subvention en ligne ».
- Des commandes publiques pourront être lancées sur des thématiques précises.
- Des critères de sélections annuelles présideront au choix des thématiques prioritaires à mettre en œuvre :
 - Ces choix se feront dans le cadre des priorités arrêtées dans le volet PSRS du PRS
 - Ces choix se feront en concertation avec les autres membres de la CCPP qui financent la prévention afin d'éviter toute redondance
 - L'ARS orientera en interne la charge à financer sur l'enveloppe adéquate
 - Ces choix prendront en compte les remontées de la Conférence de la santé et de l'autonomie et des conférences de territoire, dans toute la mesure du possible.
 - Seront concernées par ces priorisations, les formations, les actions d'éducation pour la santé ou d'éducation thérapeutique qui feront l'objet d'un appel à projet.

 **Les modalités d'attribution respecteront les considérations suivantes :**

- *Cohérence et réorientation des financements portés par l'ARS, cohérence avec les allocations de ses partenaires institutionnels et recherche des dispositifs les plus appropriés ;*
- *Respect d'un calendrier d'allocations de ressources, diffusé à tous les partenaires et prestataires potentiels ;*



- *Négociation de contrats d'objectifs et de moyens au terme de l'organisation de dialogues de gestion ;*

En cas d'inexécution, de modification substantielle ou en cas de retard significatif des conditions d'exécution de l'objet de la subvention, l'ARS exigera le reversement de tout ou partie des sommes déjà versées ; elle pourra diminuer le montant ou suspendre le versement de la l'allocation initialement prévue sur son enveloppe.

- *Lancement éventuel d'appels à projets ciblés ;*

L'agence pourra lancer d'autres appels à projets en cours d'année si les financements de ceux prévus en fin d'année n'ont pas été complètement attribués, tout comme des appels à projets (ou commandes) relatifs à d'autres thématiques inscrites dans le champ des priorités du PSRS dans le respect de l'enveloppe nationale qui lui aura été allouée.

- *Développement d'une politique d'évaluation systématique des actions pour mieux allouer les ressources et disposer d'une marge de manœuvre régionale ;*
- Toute action sollicitant un financement de l'ARS, devra comprendre un protocole d'évaluation ; les associations se référeront à la démarche d'auto évaluation élaborée par l'INPES ;
- L'ARS procédera à des inspections chaque année selon un calendrier établi et inscrit au PRICE.
- Un certain nombre d'indicateurs (voir infra) feront l'objet d'un suivi annuel, tels le taux de couverture vaccinale, le rapport poids taille des enfants, indicateurs permettant de mesurer les tendances évolutives.

✚ **Un guide du promoteur sera mis à disposition de toutes structures souhaitant s'inscrire dans le cadre d'un appel à projet ouvert par l'ARS.**

Ce guide permettra à chaque promoteur de connaître les modalités pratiques de dépôt des demandes de financement.

3-1-3-4- Le développement d'une stratégie de communication

3-1-3-4-1- Concernant le volet veille et sécurité sanitaire

- ✚ **Enjeux** : La maîtrise des risques passe par le développement de l'information, de la communication. Il convient de distinguer plusieurs cas de figure :
- ✚ **la communication entre l'ARS et ses partenaires professionnels de santé engagés dans la veille, l'alerte et la gestion de l'urgence** :
 - Objectifs :
 - améliorer le recueil, l'expertise et la réactivité réciproque
 - atteindre l'exhaustivité dans le recueil des MDO et autres signalements
 - développer la culture du signalement (infectieux, effets indésirables des médicaments, infections liées aux soins...)
 - Moyens :
 - animation hebdomadaire des réseaux existants (sentinelles et de laboratoires)
 - rétro information aux déclarants
 - poursuite de la diffusion de bulletins d'informations papier et numérisés : BVS par la CIRE,
 - diffusion sur le site internet de l'ARS
 - EPU
- La communication grand public autour des événements du champ de la sécurité sanitaire relève de l'ARS sous l'autorité du Préfet comme le prévoit le protocole ARS - Préfet conclu en 2010 (pour exemple les relations avec les journalistes et autres média).
- ✚ Les échanges avec les collectivités territoriales (communes, département, région) et avec les délégations territoriales sont réglés aussi par le préfet. Ils sont facilités par la mise en place d'un réseau de partenaires privilégiés, relais de proximité pour l'ARS et la préfecture.
- ✚ Le contexte insulaire de la Guadeloupe oblige à la mise en place du contrôle sanitaire aux frontières et d'un partenariat étroit entre l'ARS, les services de la préfecture, les services des douanes, la PAF, les autorités portuaires et aéroportuaires... dans le cadre de la mise en place du RSI.

3-1-3-4-2- Concernant le volet promotion et éducation pour la santé

La communication joue un rôle essentiel dans les domaines de la promotion et de l'éducation pour la santé. Ses objectifs doivent être clairement énoncés, les messages compréhensibles et adaptés aux publics concernés tant dans le contenu que dans la forme et les supports utilisés. Il s'agira de développer la communication et l'information juste en santé en s'appuyant sur des données probantes, de prévoir un programme annuel de manifestations en santé proposées par la CCPP et basé sur les priorités de santé.

- ✚ La première orientation vise à développer une stratégie de communication **en direction du grand public** s'appuyant sur :
 - 1 grande campagne annuelle d'information du public sur une thématique à définir
 - Des publications dans la presse locale
 - Des participations à des émissions télé et radiodiffusées
 - Des actions de santé communautaires

- ✚ Sur un certain nombre de thèmes, le besoin d'une **sensibilisation des professionnels de santé** a été souligné.

Chaque année, il conviendra de mettre l'accent sur quelques points et faire une **communication spécifique** en leur direction. Cela pourra aller de messages en direction des médecins libéraux pour mettre l'accent sur une thématique jugée prioritaire dans le PRS, à la création de plaquettes pour les travailleurs sociaux des CCAS par exemple retraçant les droits et dispositifs existant sur un ou des thèmes priorités dans le PRS.

Ces choix s'opéreront suivant la même procédure présentée dans les modalités de mise en œuvre du schéma.

- ✚ Des campagnes de communication ciblées de l'INPES et de la DGS seront **relayées** dans les territoires, telles la semaine de la vaccination, octobre rose, la promotion du don d'organes ; d'autres seront initiées ou encouragées localement pour promouvoir le recours aux soins dans de justes délais, pour exemple la campagne sur les AVC, la promotion du dépistage du VIH, le bon usage des urgences, etc...
- ✚ Des Journées de sensibilisation à **destination des élus et acteurs institutionnels** seront organisées afin de développer une culture commune en prévention et promotion de la santé. Ces journées pourraient être ouvertes au grand public ou à leurs représentants, marquant un rendez-vous annuel où seront présentées et débattues des grandes questions concernant la prévention en santé publique.

- ✚ **Prendre part aux manifestations organisées à l'échelle régionale** (tel le séminaire sur la santé organisé en fin d'année 2011 par le Conseil Régional) portant sur les thèmes prioritaires tels la nutrition et la santé ou l'hygiène alimentaire.

3 - 2- LA STRATEGIE DE DEPLOIEMENT DE L'OFFRE DE PREVENTION :

Celle-ci prend appui sur les professionnels qui concourent à la santé dans les différents territoires géographiques.

L'ARS ne peut à la fois piloter la politique régionale de santé et agir directement auprès des populations pour aboutir à l'adoption de comportements favorables à la santé. Dans cet objectif, le concours des professionnels de santé qui exercent dans les territoires s'avère indispensable.

Il s'agira de développer les **pratiques de prévention médicalisée** (dépistages, vaccinations, incitation au dépistage organisé..), les **démarches d'éducation pour la santé** (nutrition, activité physique, lutte anti-vectorielle, addictions, sexualité, contraception..), et **éducation thérapeutique** (développées dans les maladies chroniques), dans l'ensemble des territoires, de façon concertée et coordonnée, en particulier entre professionnels du premier recours.

Pour cette thématique, des liens de transversalités sont à trouver avec le SROS ambulatoire, les SROS médico-social et hospitalier.

3-2-1- Les orientations en matière de dépistages et de suivis :

- ✚ **L'enjeu** sera de renforcer la pratique du dépistage dans l'exercice quotidien du professionnel de santé.

3-2-1-1 Le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), et des hépatites

✚ **Contexte :**

Le plan VIH comporte un volet spécifique pour l'Outre-mer. Il a vocation à s'appliquer dans la région. L'accent est mis sur le **renforcement du dépistage** par des stratégies adaptées afin de traiter précocement les personnes séropositives.

La Guadeloupe se situe au 2^{ème} rang des régions présentant un taux de sérologies positives élevé (663 sérologies positives pour 1 million d'habitants). La transmission reste hétérosexuelle.

Les nouveaux patients séropositifs se situent majoritairement dans la tranche des 30 à 49 ans, soit 57 % des 908 découvertes de séropositivité). 29 % des découvertes interviennent au-delà de 50 ans pour les hommes contre 18 % chez les femmes.

Le **dépistage** du VIH demeure **trop tardif** en Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy : plus de la moitié des patients dépistés le sont au stade de Sida.

Le test est **insuffisamment proposé** par les médecins libéraux. Pourtant, les traitements aujourd'hui disponibles et initiés tôt, diminuent le risque de transmission du virus tout en améliorant la qualité de vie des personnes traitées.

Le VIH s'apparente actuellement aux **maladies chroniques**. A ce titre, les spécialistes préconisent une réorientation de la stratégie de lutte en accentuant fortement l'incitation au dépistage.

A l'exception du VIH et de l'hépatite B aigue, il n'existe pas de déclarations obligatoires pour les autres IST.

Selon une étude portant sur les années 2008 et 2009¹⁴ , les chlamydiae constituent la 2^{ème} cause d'IST (3,8 %) après le VIH ; mais seule la prévalence de l'infection par l'hépatite B apparaît plus élevée en Guadeloupe qu'en France Hexagonale (2 fois plus élevée).

La recherche du papillomavirus n'est réalisée qu'à la faveur d'anomalies du frottis cervico-vaginal. Néanmoins, la faiblesse des taux de réponse des laboratoires incite à la prudence dans l'interprétation des chiffres obtenus et milite pour la mise en place **d'un système de recueil structuré des données** pour un meilleur suivi épidémiologique dans les 3 territoires de santé.

Les objectifs prioritaires:

- Améliorer l'accès au dépistage de toute la population
- Réduire de 50 % en 5 ans la proportion de personnes qui découvrent leur séropositivité VIH au stade sida

Objectifs principaux

- Créer les conditions favorables au renforcement du dépistage
- Proposer le dépistage dans les soins de 1^{er} recours hors de toute notion d'exposition au risque
- S'appuyer plus fortement sur le suivi épidémiologique pour adapter l'offre aux besoins

Mesures :

- Communication sur l'intérêt du dépistage précoce du VIH en population générale (particulièrement tranche des 30-49 ans, plus de 50 ans, hommes et personnes multipartenaires)
- Déploiement d'une offre territorialisée de dépistage des IST dont le VIH, fonction des résultats épidémiologiques

¹⁴ Publiée dans le BEH (mars 2011)

- Amélioration de l'accès au dépistage des IST et en particulier des chlamydiae et de l'HPV chez les personnes âgées de moins de 35 ans dans les 3 territoires
- Communication par tout moyen sur l'offre de dépistage au moins 1 fois par an
- Inciter les médecins libéraux à proposer le dépistage systématique du VIH et des autres IST et les former si besoin
- Accompagner la mise en place du test de dépistage de diagnostic rapide (TROD) dans les 3 territoires en lien avec le COREVIH
- Harmoniser un recueil des données IST au sein des laboratoires

3-2-1-2 Le dépistage de la drépanocytose :

Contexte :

Cette maladie rare, très invalidante, est fortement présente en Guadeloupe (1 naissance sur 350 contre 1 sur 3500 en métropole). A ce jour, l'espérance de vie des malades drépanocytaires et la qualité de vie sont très altérées. Il convient donc de sensibiliser au **conseil génétique** et de donner aux futurs parents les informations nécessaires à une prise de décision

Objectifs généraux :

- **Zéro naissance drépanocytaire non connue avant l'accouchement**
- **Inscription dans le carnet de santé à l'entrée en 6^{ème} de 100 % des statuts drépanocytaires des enfants nés en Guadeloupe**

Mesures :

- Vérification à plusieurs moments de la vie du jeune enfant de la présence du statut drépanocytaire dans le carnet de santé et délivrer l'information sur la démarche à effectuer et l'intérêt de celle-ci.
- Rappeler aux parents d'enfants nés en Guadeloupe que le résultat de ce dépistage réalisé à la maternité doit être récupéré au CHU dans le service :
 - Lors du bilan du 24^{ème} mois
 - Lors du bilan PMI à 3-4 ans
 - Lors de la visite d'entrée en 6^{ème}

3-2-1-3 Le dépistage de l'obésité et du surpoids :

Contexte :

Dans une étude menée en 2010¹⁵, il est apparu que 14% des enfants et 31.7% des adultes sont en surpoids ; que 8.9% des enfants et 23% des adultes sont obèses : près d'1 enfant sur 4 et plus d'1 adulte sur 2 sont en surpoids ou obèses.

Une autre étude menée en 2009¹⁶ a montré que le niveau d'activité physique des Guadeloupéens était inférieur de 10 points à celui des habitants de France métropolitaine.

Toute la littérature s'accorde à dire que ces deux facteurs font le lit des maladies chroniques les plus répandues en Guadeloupe que sont l'Hyper Tension Artérielle et le Diabète.

Le congrès des élus s'est réuni autour de la santé et de l'alimentation le 21 décembre 2011 pour proposer des orientations dans ce champ.

Les objectifs relatifs à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population figureront dans la déclinaison régionale à venir du PNNS 2011-2015 et du plan obésité DOM .

Objectif général :

- Diminuer en 5 ans la prévalence globale du surpoids et de l'obésité de 15% chez les enfants et les adultes

Mesures :

- La stratégie de ce dépistage reposera sur le suivi à différents temps de la vie de l'enfant, le rappel systématique de la démarche à suivre et l'intérêt de celle-ci en cas de détection positive :
 - Lors du bilan du 24^{ème} mois
 - Lors du bilan PMI à 3-4 ans
 - Lors de la visite d'entrée en sixième
 - Lors de la visite en classe de troisième
- A la vie adulte, une attention plus particulière devra être portée aux femmes enceintes par la mise en place d'un suivi régulier, du fait du risque accentué par le surpoids,
- Enfin, en population générale, des opérations de sensibilisation des médecins généralistes et des pharmaciens à la mesure de la ceinture abdominale seront organisées

3-2-1-4 Le dépistage des handicaps :

Sujet traité en transversalité dans le schéma régional médico-social.

¹⁵ PODIUM

¹⁶ APHYGUAD

Contexte:

Il existe **peu de données statistiques** sur le handicap du jeune enfant. La plupart des handicaps ou déficiences d'origine périnatale peuvent être dépistés dans les premières années de la vie. Les actions de dépistage paraissent insuffisantes aussi bien en population générale qu'au sein des familles vulnérables. Les 3 premières années de vie constituent la période charnière. Une **détection précoce** pour une **prise en charge précoce** s'impose chez les **enfants à risques**. Mais la meilleure des préventions passe idéalement par une optimisation de la prise en charge obstétricale et néonatale.

Le dépistage de l'autisme est trop tardif.

La coordination des acteurs de la prévention, du soin, du médico-social est indispensable autour de l'enfant et de sa famille.

Objectifs prioritaires :

- **Renforcer de 0 à 3 ans le dépistage et la prise en charge précoces, en particulier dès la première année de vie, des difficultés liées au handicap et aux troubles des apprentissages de base**
- **Dépister les troubles auditifs avant 4 ans et les troubles visuels avant 6 ans**
- **Favoriser la structuration et la coordination des dépistages chez les jeunes enfants**

Attentes :

- ***Avant la naissance :***
 - renforcer le dépistage prénatal et les capacités d'accessibilité aux dispositifs
 - améliorer le suivi de la grossesse de la femme à risques
 - développer le conseil génétique
 - s'appuyer sur le réseau périnatal
- ***Après la naissance :* rappeler l'intérêt des visites obligatoires en particulier pour les enfants à risques :**
 - Enfant ayant séjourné en service de néonatalogie et réanimation néonatale (prématuré, souffrance fœtale aigue, anomalie génétique, retard de croissance)

- le dépistage doit être organisé dès l'hospitalisation pour intégrer l'enfant dans une filière de soins, telle celle des CAMSP, lieu de dépistage et de soins, dès la sortie de l'hôpital en vue d'un suivi spécialisé et renforcé
- Faciliter l'accessibilité aux dispositifs
- Pour tous les nouveau-nés : dépistage des troubles sensoriels dans toutes les maternités de la Guadeloupe et Saint-Martin,
- Enfant de 0 à 3 ans dépisté par la PMI ,le pédiatre , le médecin généraliste et les structures petite enfance (crèches , halte garderie , école maternelle) :
 - Accompagner l'annonce du handicap
 - Faciliter aussi l'accessibilité aux dispositifs de prise en charge : CAMPS
 - Renforcer la prise en charge d'aval par la mise en adéquation des structures médico-sociales
 - Améliorer le dispositif de dépistage et de prise en charge des troubles de l'autisme
 - Renforcer la visibilité des dispositifs existants afin de faciliter un recours rapide aux structures de dépistages adéquates.

Mesures :

- Création d'outils supports montrant pour chaque territoire, les modalités de dépistages existants pour tous les types de handicaps.
- Articulation entre les 2 commissions de coordination des politiques publiques de prévention et médico-sociales.
- Réduire les délais de prise en charge
- Suivre l'évolution des données issues des bilans
- Inscrire et suivre la réalisation de ces objectifs dans les CPOM

3-2-1-5 Le dépistage des cancers :

Contexte :

Le Cancer est globalement moins représenté en Guadeloupe qu'en France Hexagonale. Il arrive en troisième position des admissions en affection longue durée. La première cause de cancer est le sein chez la femme (40 % des cancers du sein surviennent avant 50 ans) et la prostate chez l'homme (550 nouveaux cas par an, 100 décès par an).

Si les dépistages organisés (sein et colorectal) sont proposés dans la région depuis plusieurs années, l'intérêt d'une telle organisation pour la prostate et le col de l'utérus est argumenté par les spécialistes des disciplines qui s'y rapportent pour des raisons d'ordre épidémiologique (importance relative plus marquée en Guadeloupe qu'en France Hexagonale). Une demande de mise en place d'un dépistage ciblé à titre expérimental a été introduite auprès de l'INCA par le comité scientifique de l'AGWADEC. Pour l'instant aucune suite favorable n'en a été donnée.

A noter que le HCSP, dans son avis du 21 octobre 2011 recommande la généralisation « *rapide du système de dépistage organisé du cancer du col* » tout en poursuivant « l'amélioration du dépistage individuel par le frottis cervico-utérin (FCU) » et la vaccination par le papillomavirus.

Objectifs :

- Augmenter le taux de réponses aux sollicitations de dépistage des cancers du sein et colorectal pour atteindre au moins les taux nationaux.
- Renforcer le dépistage des lésions du col de l'utérus
- Renforcer le dépistage du cancer de la prostate

Mesures :

La stratégie sera de :

- poursuivre les campagnes d'information grand public,
- demander aux médecins généralistes d'inciter leur patientèle à répondre aux sollicitations de dépistage organisé ;
- Inciter également les femmes de 40 à 50 ans non concernées par le dispositif de dépistage organisé à se faire dépister.
- Promouvoir la réalisation du frottis cervico-utérin
- Inciter à la réalisation du toucher rectal dans la pratique du médecin généraliste
- Développer les liens avec la DJCS pour l'accès des populations en difficulté économique u dépistage

Une attention devra également être portée à la pérennisation du registre des cancers de Guadeloupe et au **recueil des données d'incidence**.

Thématique à développer en lien avec le SROS ambulatoire et le SROS hospitalier.

3-2-1-6 Le dépistage de la tuberculose et de la lèpre

✚ Contexte :

La coordination de la lutte contre la tuberculose et de la lèpre est assurée par le CHU de PAP pour les territoires centre et Basse-Terre et le CH de Saint-Martin pour le territoire des îles du Nord. Elle est globale. A ce titre sont organisées les actions d'éducation pour la santé notamment auprès de publics cibles, des enquêtes autour des cas, le suivi et la délivrance des traitements à titre gracieux, l'observance thérapeutique pour éviter le développement de résistances des mycoplasmes. Ce dispositif anime un réseau auxquels contribue la médecine libérale et d'autres collectivités.

Ces 2 activités feront l'objet d'une évaluation en vue de la réorientation éventuelle.

✚ Objectifs :

- Adapter l'offre de dépistage aux besoins

✚ Mesures :

- Structuration de l'offre dans chaque territoire de santé,
- Formation des professionnels de santé libéraux à la détection de la lèpre
- Développement de la télé expertise
- Renforcer l'articulation avec l'OMI

3-2-1-7 Les addictions

✚ Contexte :

L'approche des addictions est intersectorielle, et couvre aussi les champs du sanitaire, du social et du médico-social. Le dispositif institutionnel n'est pas facilement repérable par la population. Il y a une multiplicité de partenaires dans et autour de cette problématique. Les actions des intervenants directs manquent de coordination. Les familles confrontées aux conduites addictives de leurs proches se retrouvent parfois seules face à leurs difficultés. L'alcool est le principal motif de consultation des CSAPA. Le Sud Basse-Terre enregistre le taux

de prise en charge le plus élevé de la région, mais les opérations de recueil des indicateurs et de suivi de la file active restent à améliorer.

La recrudescence de la consommation d'alcool chez les mineurs avec des phénomènes d'alcoolisation massive et brutale¹⁷ à l'origine de troubles potentiels du comportement est inquiétante.

Les démarches de repérage, d'évaluation et d'intervention précoces sont à renforcer. La formation aux repérages de conduites addictives doit être élargie à des non professionnels de santé.

Objectifs :

- **Améliorer la lisibilité et la coordination des dispositifs**

- **Mieux repérer pour prendre en charge précocement.**

Mesures :

- Redynamiser la Commission Régionale d'addictologie (CRA), orienter ses travaux vers l'accompagnement des structures pour renforcer leur capacité de réponse (repérage et accompagnement)
- Elaborer un programme d'actions et de lutte contre les addictions en lien avec la CRA, la MILDT
- Optimiser les moyens attribués aux différentes structures par les crédits CNSA et assurance maladie.
- Accompagner ces structures et adoption d'indicateurs de suivi de file active utilisés par le niveau national.
- Améliorer la coordination et créer une véritable filière de prise en charge qui prend en compte les besoins de la population carcérale, de la santé mentale
- S'assurer de la mise à jour des formations
- Communiquer sur le dispositif
- Mettre en place une articulation avec le réseau périnatal (repérage précoce des femmes enceintes et des jeunes mamans, formation des professionnels de santé au dépistage du syndrome de l'alcoolisation foetale)

¹⁷ Le nombre d'accidents de la route sous emprise d'alcool va croissant (25,9% des causes d'accidents de la route). Ce taux deux fois plus élevé que la moyenne nationale positionne la Guadeloupe au 4^{ème} rang départemental.

3-2-2- La vaccination :

Contexte :

Les vaccinations ne sont plus rendues obligatoires en population générale exception faite, dans l'enfance, du vaccin triple contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite. Depuis 2007, le BCG est fortement recommandé dès la naissance chez les enfants à risque élevé de tuberculose. La couverture vaccinale des jeunes enfants et collégiens n'atteint pas le taux recommandé (95%) par la loi de santé publique du 9 août 2004, celle des adultes n'est pas connue. Cette situation empêche la protection collective vis-à-vis des maladies infectieuses évitables par la vaccination et le contrôle de leur élimination.

La France est engagée depuis 2005 dans un processus d'élimination de la rougeole initié par l'OMS. Elle est confrontée depuis 2008 à une épidémie de rougeole, affection très contagieuse puisqu'une personne atteinte peut contaminer 20 personnes non vaccinées et qui n'ont jamais eu la rougeole.

C'est une maladie qui n'est pas toujours bénigne car source potentielle de complications graves parfois mortelles en particulier chez l'enfant et le jeune adulte.

Les échanges réguliers entre la France et la Guadeloupe rendent notre population vulnérable à une recrudescence du nombre de cas de rougeole, celui-ci sera mieux contrôlé si la vaccination pour le ROR est dispensée à 95% de la population.

La méfiance de la population, voire des professionnels de santé vis-à-vis de l'acte vaccinal risque de peser sur le résultat de l'objectif final.

Objectifs :

- **Atteindre un taux de couverture de 95 % pour deux doses de vaccination de la rougeole chez les personnes nées depuis le 1^{er} janvier 1980**
- **Atteindre un taux de couverture de 90 % aux âges appropriés de la vie pour toutes les autres vaccinations.**
- **Développer la pratique de la vaccination contre le papillomavirus**

Mesures :

- Mettre en œuvre des **campagnes de rattrapage** par le ROR pour les adolescents et les adultes jeunes
- Elaborer un **programme régional des maladies à prévention vaccinale** en lien avec le **groupe d'experts** des vaccinations à créer dès 2012, qui cible les priorités, prévoit la mise en place d'un système de recueil et de suivi de la couverture vaccinale si possible « en temps réel », d'évaluation des efforts réalisés dans ce domaine, des modalités d'organisation du rattrapage, de communication et de mobilisation en cas de phénomène de nature épidémique.

- Les priorités vaccinales seront :
 - **La rougeole et la rubéole** du fait d'un certain nombre de critères que sont :
 - L'émergence d'une recrudescence liée à des cas importés de rougeole à partir de la mi-année 2010
 - Un taux de couverture de 90 % actuellement chez les enfants de 24 mois
 - L'objectif OMS d'élimination de la rougeole dans la zone Amériques
 - L'objectif national reprenant à son compte l'objectif OMS
 - La mise en place du dépistage prénatal obligatoire en raison des risques de surdité encourus en cas de primo-infection par le virus de la rubéole contracté pendant la grossesse

 - **La coqueluche**
 - Avec un accent mis sur les jeunes adultes du fait de la possibilité de transmission aux enfants non encore vaccinés
 - Vérification et mise à jour si nécessaire de la vaccination de l'entourage proche (père et fratrie) pendant la grossesse, de la mère dès la naissance
 - Vérification et mise à jour de la vaccination des professionnels de la petite enfance

 - **L'Hépatite B** : femmes enceintes et leurs conjoints notamment
 - Prévalence 2 fois plus élevée qu'en France Hexagonale
 - Taux de couverture satisfaisant pour les collégiens, bon pour les enfants de 24 mois

 - **Le Papillomavirus** :
 - Fréquence du cancer du col en Guadeloupe
 - Vaccination recommandée par le HCSP en date du 21 octobre 2011, sachant que « le suivi des effets secondaires notifiés dans les suites d'une vaccination par le HPV n'a révélé à ce jour aucun signal de pharmacovigilance », pour les jeunes filles âgées de 14 ans et le rattrapage jusqu'à l'âge de 23 ans chez les femmes n'ayant pas eu d'activité sexuelle ou l'ayant initié depuis moins d'1 an

 - **Le DTPolio** associé aux vaccins contre l'haemophilus influenzae de type b et le pneumocoque :
 - Le pneumocoque est la 1^{ère} cause de la méningite du nourrisson, les drépanocytaires y sont plus vulnérables que les autres ;

- L'*haemophilus influenzae* est aussi fréquemment rencontré dans les méningites avant 18 mois.
- En particulier, insister sur la pratique des rappels pour le vaccin triple (DTP)

- Le **Méningocoque groupe C**

o La stratégie vaccinale prévoira trois temps :

- Une vaccination de routine assurée par la PMI et les médecins libéraux
- Une vaccination de rattrapage avec une vérification des carnets de vaccination à différents temps : crèche, école, bilan PMI, santé scolaire
- Une vaccination de rattrapage renforcé qui nécessite la mise en place d'un dispositif spécifique en fonction de la cible en cas d'épidémie (ex : cible rougeole différente de coqueluche)

✚ Un **groupe d'experts** de la mise en œuvre de la politique vaccinale sera constitué. Il pourra comprendre les spécialistes des maladies infectieuses, les épidémiologistes de la CIRE, des membres de la CCPP et de la CVAGS.

Il aura pour mission la réalisation l'élaboration du plan vaccinale, d'un **bilan de l'activité vaccinale** chaque année, la proposition d'un **programme annuel d'actions**, le suivi des indicateurs et la communication autour de la diffusion du calendrier vaccinal. Il réfléchira également à la stratégie à mettre en œuvre dès la sortie du vaccin contre la dengue prévue au cours du PRS.

✚ Les **indicateurs de suivis** seront à produire en cours de schéma comme par exemple :

- Les taux de couverture aux âges clés pour les différents vaccins
- Entre deux enquêtes le nombre de doses distribuées par les grossistes ou l'Institut Pasteur ainsi qu'une augmentation du nombre de certificats du 24^{ème} mois retourner à la PMI.
- Données des bilans de santé en petites sections des écoles maternelles
- Données du logiciel utilisé par l'institut Pasteur surtout pour les adultes et grands adolescents.
- La surveillance des maladies cibles (DO) par la CVAGS/CIRE

3-2-3 Le recours aux professionnels de santé libéraux constitués ou non en réseaux :

3-2-3-1 Les réseaux de surveillance :

Le volet relatif à la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN) :

Contexte :

La pénurie relative de médecins dans la Région et leur manque de disponibilité constituent des freins au signalement. Même si le réseau des médecins sentinelles et les responsables des laboratoires d'analyses médicales, collaborent étroitement avec la CVGAS, les signalements ne sont pas recensés dans leur exhaustivité. Cette situation n'est pas spécifique à la Guadeloupe, elle concerne aussi bien les phénomènes classiques d'ordre infectieux que les événements indésirables liés à l'utilisation des produits de santé, les infections associées aux soins, etc...

Il en est de même du bilan des maladies à déclaration obligatoire (MDO) : 24 MDO ont été reçus en 2009, 46 en 2010. On peut émettre l'hypothèse qu'elles ne sont pas toutes déclarées. Le corps médical des armées, celui du conseil général ne procèdent pas toujours à la déclaration systématique.

Enjeu :

Obtenir l'exhaustivité des signalements dont ceux concernant la rougeole :

- Développer la pratique du signalement à partir des partenaires habituels de la CVGS
- Inciter le corps médical des armées, du conseil général à signaler tout événement sanitaire en dehors de la survenue de cas groupés
- Elargir cette possibilité à d'autres acteurs qui concourent à la santé des populations (gestionnaires d'établissements, sociaux et médico-sociaux, etc..).

Moyens :

- Communication sur l'utilisation du N° unique point focal : 05 90 410 200
- Régularité des rencontres avec les professionnels
- Création d'un réseau sentinelle avec les partenaires de l'environnement pour la gestion de l'eau, des déchets, des pollutions de l'air, maladies nosocomiales pour compléter utilement les données de la CVAGS
- Formation continue des personnels en charge du recueil à mettre en place le cas échéant

- Renforcement des transversalités entre la veille et le dispositif de promotion, éducation pour la santé, le faire connaître, afficher les résultats
- Mesure de l'implication et la mobilisation de la population et des collectivités dans la gestion et la réponse

3-2-3-2- Le recours aux professionnels organisés au sein des unions régionales des professionnels de santé (URPS)

✚ Contexte et enjeux :

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a consacré le rôle du médecin traitant, du pharmacien d'officine dans l'offre de soins de premier recours.

Les **Unions régionales des professionnels de santé (URPS)** ont été créées par l'article 123 de cette loi. Elles regroupent les professionnels exerçant à titre libéral et conventionnés avec l'Assurance Maladie. Une fédération regroupera à terme l'ensemble des URPS de la région.

Interlocuteurs de l'ARS, elles concourent à de façon générale à l'organisation de l'offre de soins libérale notamment aux actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Elles ont été installées au cours de l'année 2011 en Guadeloupe. Il s'agira de construire avec elles un partenariat durable dans le suivi de la mise en œuvre d'actions, en lien avec la caisse générale de sécurité sociale, qui concernent les pathologies les plus prégnantes sur notre territoire.

✚ La place du médecin libéral :

Ses missions couvrent à la fois le diagnostic, le traitement, la prévention, le dépistage, mais également l'orientation des patients, selon leurs besoins, dans le système de soins, la coordination des soins et la centralisation des informations émanant des professionnels intervenant dans le cadre du parcours de soins.

L'ARS souhaite que le médecin libéral l'accompagne dans ses actions de prévention des pathologies à forte prévalence et évitables, facilite l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU. Il est attendu en particulier pour son engagement dans:

- Les dépistages de l'IRC, du diabète, de l'HTA, du VIH (dont le TROD)
- La mesure de l'IMC,
- Le suivi du carnet de vaccination (respect du calendrier vaccinal),
- Le suivi de la réponse aux sollicitations de sa patientèle concernée par les dépistages organisés des cancers du sein et colorectal
- L'incitation des femmes de 40 à 50 ans, tranche d'âge non concernée par le DO, à se faire dépister pour le cancer du sein

- Réalisation du toucher rectal (dépistage du cancer de la prostate)
- Le retour des certificats du 24^{ème} mois
- La déclaration des MADDO (dont la rougeole)
- La prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition
- La participation à la formation des internes de médecine en devenant maîtres de stage.

✚ La place du pharmacien d'officine : ► *Faire une place à ses initiatives :*

La loi HPST consacre le rôle des pharmaciens. Le premier rôle vise le **conseil aux patients** dont l'état ne nécessite pas un diagnostic médical. Le second offre la possibilité aux patients atteints de pathologies chroniques, aux sorties d'hospitalisations et aux personnes âgées de **choisir un pharmacien de coordination** pour un suivi thérapeutique. Dans l'attente de la parution des textes d'application, les pharmaciens peuvent participer aux campagnes de sensibilisation et d'information, Ils sont attendus sur 3 points particulièrement importants sur notre territoire :

- La sensibilisation à la pratique de l'activité physique
- Le calcul de l'IMC et la mesure de la ceinture abdominale, indicateurs suffisants pour orienter une personne vers son médecin traitant
- La délivrance de la contraception d'urgence aux mineures.

✚ La place du chirurgien dentiste : *créer les conditions favorables pour obtenir une collaboration de ces professionnels en vue de :*

- Meilleur dépistage et suivi des personnes en situation de perte d'autonomie ou de handicap : convenir de visites régulières si possible dans les EMS
- suivi plus régulier de l'état bucco-dentaire des personnes diabétiques
- Porter une attention particulière à la dénutrition chez les personnes âgées

✚ La place de la sage-femme : *elle pourra être intégrée dans le réseau périnatal.*

- Meilleur suivi de la grossesse (et meilleure orientation des femmes à haut risque obstétrical)
- Sensibilisation à la contraception et à la délivrance du contraceptif
- Prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale
- Promotion de l'allaitement maternel (lutte contre le surpoids)

✚ La place de l'infirmier : *obtenir le concours des IDE intervenant dans les structures d'HAD et SSIAD*

- sensibiliser aux règles d'hygiène (corps, mains) (professionnels et populations)
- participer à l'éducation thérapeutique du patient (adhésion à des réseaux)
- actions de prévention des escarres
- sensibiliser aux problèmes de dénutrition chez les personnes âgées

✚ La place du masseur-kinésithérapeute : *obtenir le concours des MK intervenant à domicile :*

- actions de prévention des chutes des PA
- actions de prévention des escarres
- promotion de l'activité physique
- sensibiliser aux problèmes de dénutrition chez les personnes âgées

3-2-3-3 Les réseaux de santé :

La problématique des réseaux est abordée dans le SROS ambulatoire. Ils sont autorisés par l'ARS. Ils facilitent la coordination des professionnels de santé au sein d'un territoire autour d'une problématique de santé.

Les contraintes budgétaires imposent la recherche de domaines possibles de **mutualisation** (par exemple les charges de fonctionnement). Ce travail sera poursuivi pendant la durée du PRS.

Ces économies d'échelle devraient faciliter l'élargissement de l'offre de réseau à la prise en charge de l'obésité adulte, et permettre la réactivation du réseau « périnatal ».

3-2-4- Le recours aux établissements de santé, établissements médico-sociaux et dispositifs partenaires de prévention :

La loi HPST précise le champ des **missions de service public** des établissements de santé. Au rang de ces missions figurent les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination.

Pour cette thématique, des liens de transversalités sont à trouver avec le SROS ambulatoire, les SROS médico-social et hospitalier.

Les contrats d'objectifs et de moyens passés entre l'ARS et les établissements de santé et médico-sociaux concernés viendront préciser les attentes en matière de santé publique et des cahiers de charges définis collégialement clarifieront leurs missions.

Les établissements de santé continueront à développer des actions de **prévention médicalisée** (dépistages, vaccinations, conseils aux professionnels, prévention des infections liées aux soins, etc.), les démarches **d'éducation pour la santé** (addictions), et **d'éducation thérapeutique** (se rapportant à la prise en charge des malades chroniques, centres de ressources pour certains, acteurs de proximité pour d'autres insérés dans les territoires de santé). Ils veilleront à œuvrer dans la coordination avec les professionnels de santé du premier recours en particulier pour ce qui concerne :

- **Vaccinations**
- **Vaccinations des personnels contre la grippe saisonnière**
- **Dépistages**
- **Prise en charge des addictions, orientation éventuelle**
- **Education thérapeutique (recours ou proximité)**
- **Renforcement de la pratique du signalement**
- **Prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition**
- **Prise en charge des problématiques environnementales (DASRI, Amiante, Légionelles, conformité des réseaux d'adduction d'eau...)**

✚ La démarche de prévention paraît encore balbutiante dans les **structures médico-sociales** qui accueillent des personnes touchées par un handicap lié au vieillissement ou à la maladie. Les personnels et intervenants s'engageront dans des processus qui visent à :

- **lutter contre la survenue des infections associées aux soins (et créer un réseau de référents),**
- **prodiguer des soins bucco dentaires aux personnes suivies**
- **éduquer si besoin aux règles d'hygiène de base**
- **éduquer si besoin à l'adoption des règles d'hygiène bucco-dentaires**
- **lutter contre la malnutrition des personnes âgées**
- **Vacciner contre la grippe saisonnière et pratiquer les rappels si nécessaires**
- **Améliorer les signalements**
- **Prise en charge des problématiques environnementales (DASRI, Amiante, Légionelles, conformité des réseaux d'adduction d'eau...)**

✚ Les dispositifs de prévention classiques portés par les **associations** subventionnées par l'ARS sont bien ancrés dans les 3 territoires de santé. Les réorganisations prochaines se justifieront par une **meilleure couverture territoriale**, la recherche de **coopération/regroupement**, les résultats d'évaluation, la **professionnalisation accrue** des acteurs et les marges de manœuvres régionales.

La conduite des missions de base respectera un cahier des charges national ou défini dans la région. Il s'agira en priorité de mettre en œuvre les actions suivantes :

- **Promotion et éducation pour la santé**
- **Vaccinations**
- **Dépistages**
- **Repérage des addictions et accompagnement**
- **Education thérapeutique**

✚ Initier un partenariat avec les **centres de santé** et les **maisons de santé** (contractualisation):

- **Les centres de santé** consacrés par la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ainsi que dans la loi HPST sont positionnés comme structures de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils peuvent développer les activités suivantes :

- **soins sans hébergement,**
- **actions de santé publique, vaccination et dépistages**
- **actions de prévention, d'éducation pour la santé, information grand public**
- **actions d'éducation thérapeutique des patients,**
- **actions sociales, ouverture de droits**
- **accueil de professionnels de santé en formation comme lieu de stage.**

Les centres de santé peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention.

- **Les maisons de santé, créées par la loi HPST** visent à offrir à la population, sur un même lieu, un ensemble de services de santé, principalement de premier recours.

Elles regroupent des activités :

- **médicales**
- **paramédicales,**
- **favorisent les prises en charge coordonnées**
- **constituent une réponse à l'évolution des modes d'exercice souhaitée par de nombreux professionnels.(cf. SROS Ambulatoire)**

Elles apparaissent comme une solution concourant au maintien, voire au développement de l'offre de soins, dans les secteurs définis comme déficitaires.

3-2-5- Le recours aux acteurs de la lutte anti-vectorielle :

3-2-5-1- La lutte anti vectorielle (LAV)

La lutte Anti-Vectorielle comporte deux volets : d'une part la Lutte Anti-Vectorielle stricto sensu qui concerne la prévention des maladies humaines transmises par des vecteurs et d'autre part la prévention de la leptospirose.

3-2-5-1-1- La lutte anti-vectorielle stricto sensu.

✚ Contexte :

La situation de la dengue se dégrade dans la région caraïbe, les épidémies étant de plus en plus fréquentes et de plus en plus sévères. La dernière épidémie de Dengue (2010), a été à l'origine de plus de 43.000 cas vus en consultation de médecine générale de ville, 400 hospitalisations et 5 décès. Les experts prévoient une évolution vers une hyper endémicité de la dengue aux Antilles dans les années à venir. Par ailleurs, le contexte entomologique est favorable à des transmissions autochtones des virus de West-Nile et du chikungunya. L'introduction de ce dernier virus en Guadeloupe aurait des conséquences sanitaires, économiques et sociales catastrophiques. Parallèlement les moyens en termes de réponse deviennent de plus en plus difficiles à mettre en œuvre du fait des difficultés à impliquer la population et les collectivités locales dans le dispositif de prévention (gestion de l'environnement domestique au sens large) d'une part et de l'absence de molécules insecticides efficaces d'autre part (phénomène de résistance ou interdiction par la directive biocide).

✚ Objectif

- **Renforcer et structurer les réseaux susceptibles de diminuer les densités vectorielles ou de promouvoir des actions de prévention de proximité.**

✚ Mesures :

Trois types de réseaux sont privilégiés :

- les municipalités : élaboration de **plans communaux de prévention** de la dengue et de lutte contre les moustiques. Sous-objectif : élaboration de plans pour au moins un tiers des communes sur les 5 ans.
- Les acteurs du bâtiment (prévention de gîtes larvaires en lien avec l'urbanisme et le bâti). Sous Objectifs : mettre en place un comité de pilotage (DEAL, CAUE, professionnels du bâtiment, ...) afin d'élaborer un plan d'action visant à prendre en compte le risque « moustiques » dans les **règles de construction et d'urbanisme**.

- L'éducation nationale : Sous Objectif : structurer le **réseau des ACMO** de l'Education Nationale afin qu'il assure un contrôle et un suivi des gîtes larvaires dans les établissements d'enseignement.

3-2-5-2- La lutte contre la leptospirose

+ Contexte :

La Guadeloupe est le département le plus concerné par la leptospirose. L'incidence de la maladie y est 100 fois plus élevée qu'en France hexagonale. Il y a autant de décès dans ce département que sur l'ensemble de la France hexagonale (1 à 5 décès par an).

+ Objectifs :

- **Elaborer avec les différents partenaires (CIRE, CIRAD, CHU, IPG, DAAF, FREDON, GDS, collectivités ...)** un programme de prévention, de surveillance, d'alerte et de gestion de la leptospirose, à l'instar de l'outil mis en place pour la dengue.

3-2-6- Le recours aux acteurs de la santé environnementale :

Tout comme la LAV, le domaine de la santé environnementale mobilise de nombreux acteurs des services de l'Etat et des collectivités. L'ARS ne dispose pas de tous les leviers utiles à la résolution des problèmes que traverse la région. Le **plan régional de santé environnement** sera revu en 2012, la déclinaison du **plan Chlordécone 2** est amorcée depuis la fin de l'année 2011.

3-2-6-1- La cellule « Eau »

+ Contexte :

Si la ressource en eau potable est essentiellement située sur la Basse-Terre, les usages se répartissent sur l'ensemble de la Guadeloupe, avec une part importante pour la Grande-Terre en eau d'irrigation ainsi que pour l'agglomération pointoise et le sud de la Grande-Terre.

Il apparaît que la **qualité de l'eau des cours d'eau « ressources » est dans l'ensemble très bonne à bonne** en amont des bassins versants, et bonne à acceptable en aval.

Ainsi, l'eau distribuée en Guadeloupe en vue de la consommation humaine est généralement de bonne qualité, hors micropolluants, et ne présente qu'une **faible contamination bactériologique** dans des conditions météorologiques **normales**.

En effet, certaines communes de la Côte Sous le Vent et du Nord Basse Terre subissent régulièrement la distribution d'une eau présentant **des niveaux de turbidité importants**, parfois accompagnés de contaminations bactériologiques, à la suite d'épisodes pluvio-orageux.

Ces non conformités témoignent de l'incapacité des équipements en place à traiter correctement des eaux superficielles qui se chargent très rapidement en matières en suspension lors de ces épisodes pluvieux.

On peut noter, par ailleurs, que les concentrations en **nitrate**s et en **pesticides** sur les nappes de Grande-Terre et de Marie-Galante sont en augmentation même si elles n'atteignent pas les limites de potabilisation. Dans le sud Basse-Terre, on observe une contamination ancienne massive des eaux souterraines et superficielles par des produits phytosanitaires organochlorés dont les concentrations observées dépassent largement les normes de potabilisation.

L'absence de ressource en eau est une spécificité des îles du Nord (Saint-Martin et St-Barthélemy). L'eau potable est **produite à partir du dessalement d'eau de mer**. Le recours à la récupération des eaux pluviales (citernes), est généralisé, et nécessite d'être encadré.

Enfin, il faut souligner le retard important du département dans l'instauration des **périmètres de protection des captages**.

Stratégie :

En matière d'eau potable, il semble incontournable de s'appliquer à agir à différents niveaux afin de veiller à la satisfaction des besoins en eau potable des populations par une gestion saine et économe de la ressource, ainsi que par la mobilisation et un stockage adapté et suffisant. Les **actions prioritaires** à décliner concernent principalement :

- L'amélioration de la **qualité de l'eau potable** en préservant les captages d'eau potable des pollutions ponctuelles et diffuses, via l'accompagnement des collectivités dans la mise en place des **périmètres de protection des captages**,
- L'amélioration de la **sécurité de la production et de la distribution de l'eau**, notamment via la réhabilitation ou la construction d'unités de traitement et de production d'eau potable, convenablement dimensionnées et pourvues d'un niveau d'équipements appropriés,
- La **régularisation administrative des installations de production et de distribution** d'eau destinées à la consommation humaine sur les **Collectivités de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy** qui utilisent le dessalement d'eau de mer (publiques et privées (hôtels),

- La prévention des risques liés au stockage de l'eau du réseau de distribution publique (Nord Grande-Terre) et à l'utilisation domestique des eaux pluviales (citernes), particulièrement sur les îles du Nord,
- La prévention et la réduction des risques spécifiques d'exposition aux pesticides en améliorant la détection des produits phytosanitaires dans le cadre du contrôle sanitaire des eaux de consommation,
- La prévention des risques liés aux légionelles dans l'eau, les conditions climatiques étant favorables à leur développement,
-
- La poursuite des efforts de communication sur la qualité de l'eau distribuée et sur les mesures mises en œuvre pour la protection de la ressource.

Les partenaires sont SDAGE, SDAEP, DEAL, DAAF, Office de l'Eau, Préfecture, MISEN.

3-2-6-2 La Chlordécone

Contexte :

Ce pesticide a été utilisé dans la culture de la Banane jusqu'en 1993. Ses répercussions sur la santé humaine commencent à se faire jour et il convient de poursuivre les actions visant à en limiter les effets. Ceci ne concerne pas uniquement l'ARS qui travaille de concert avec les autres acteurs en charge de la mise en œuvre du plan Chlordécone. Le pilotage est confié par les préfets des Antilles à un chargé de mission interministériel.

La stratégie de l'ARS en collaboration avec ses partenaires se déclinera sur trois niveaux :

- En direction de la population générale : **communiquer et informer au fur et à mesure des nouvelles recommandations à suivre**
- En direction des populations du sud Basse-Terre en lien avec les services vétérinaires, consommant des produits de la pêche : **accompagnement des personnes exposées au risque (suite Jafa cultures et pêche)**
- **Poursuite du programme Jafa**

ANNEXES

Annexe 1 Programmes à venir

Les modalités de mise en œuvre opérationnelle de cette première édition du schéma régional de prévention ont vocation à être développées dans des documents de programmation.

- Le PRAPS :

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dispose que le projet régional de santé est constitué :

- d'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région,
- de schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale,
- de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

- Un programme de prévention des maladies évitables par la vaccination :

Le nombre de maladies pouvant être évitées par la vaccination est en croissance. Les vaccins sont toujours la méthode la plus efficace et la plus durable de prévenir les maladies infectieuses pour tous les groupes d'âge. Ce programme aura aussi à définir une stratégie d'action à déployer lors de la validation du vaccin contre la dengue.

- Un programme nutrition/obésité :

L'enjeu sera de décliner localement le **PNNS Dom** d'une part et d'accompagner la mise en œuvre du **plan obésité en direction des populations d'Outre-Mer** d'autre part.

Pointés comme les déterminants majeurs des pathologies chroniques les plus prégnantes sur notre territoire, la lutte contre l'obésité, le surpoids et le manque d'activité physique seront l'axe prioritaire des actions menées dans le volet prévention du PRS.

- Un programme de mise en œuvre opérationnelle de l'ETP

Elaboré fin d'année 2011, un document stratégique de l'éducation thérapeutique retrace l'offre disponible et les besoins à couvrir. Une programmation de mise en œuvre devra être élaborée visant à appliquer les recommandations d'organisation et de formations nécessaires au déploiement de l'ETP sur l'ensemble du territoire.

- **Un programme de lutte contre les addictions**

Malgré la mise en place d'une commission régionale des addictions, la coopération entre les acteurs est insuffisante. L'ARS en tant que financeur principal voir exclusif des différentes structures en charge des addictions, mettra en place un certain nombre de recommandations qui devront être intégrées dans les contrats d'objectifs et de moyens.

- **Un programme d'hygiène bucco-dentaire en lien avec la CGSS**

- **Des plans territoriaux de santé**

La territorialisation des actions est fortement attendue dans la loi HPST. Il conviendra, avec les conférences de territoire, d'engager un travail de réflexion visant à optimiser cette territorialisation afin de déboucher sur des projets territoriaux de santé via l'outil des contrats locaux de santé.

- **Des programmes de mobilisation communale de lutte contre la dengue**

L'enjeu sera de poursuivre l'adhésion à un programme de mobilisation à l'échelle communale de lutte contre la dengue.

- **Des programmes de mobilisation et de surveillance de la leptospirose**

A l'instar de ce qui se fait pour la dengue, un programme d'action à l'échelon communale devra être élaboré.

- **Une déclinaison du programme régional de lutte contre les IST et le VIH**

Un plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010- 2014 a été décliné en direction des populations outre-mer.

Il conviendra de programmer les actions recommandées quant elles sont du ressort régional sur la durée du PRS.

- **Un plan régional santé environnement II**

Après un bilan du PRSE 1 qui a montré que la quasi-totalité des actions prévues ont pu être réalisées, un PRSE II devra être élaboré en concertation.

Annexe 2 Le VAGUSAN

Objectifs du VAGUSAN du SRP

Indicateur 1 : nombre de procédures nouvelles relatives à la gestion de crise ou de situations particulières/an
Indicateur 2 : % de procédures actualisées relatives au fonctionnement de l'Agence en situation de crise ou d'urgence
Indicateur 3 : % des plans interministériels actualisés localement
Indicateur 4 : % de partenariats en vigueur avec les acteurs institutionnels du signalement
Indicateur 5 : Signature d'une convention d'articulation avec l'ARS de zone
Indicateur 6 : % de signalements ayant donné lieu à une alerte, à une rétro - information élargie
Indicateur 7 : nombre de participations de l'ARS aux manifestations relatives à l'éducation en matière de gestion des risques sanitaires
Indicateur 8 : nombre de manifestations grand public auxquelles l'Agence participe annuellement avec un volet prévention des risques sanitaires

AXE 1 - STRUCTURER L'ORGANISATION DE LA VEILLE ET DE LA SECURITE SANITAIRE A L'ECHELLE REGIONALE

Contexte

L'évolution des systèmes d'information, l'influence des médias, les demandes de la population pour l'obtention d'une réponse rapide, cohérente et adaptée de la part de l'Etat dès qu'un problème de santé se pose, ont entraîné une réorganisation indispensable de la surveillance et l'alerte 365 jours par an et 24H/24, 7J/7 sur toute la région (îles du nord comprises)

Objectif :

La priorité est d'arriver à prendre en compte d'une façon exhaustive, l'ensemble des signalements et alertes, afin de les traiter rapidement (vérifier, analyser, évaluer), afin d'y apporter une réponse dans les délais les plus courts possibles, via des mesures adaptées et cohérentes, qu'il s'agisse de cas ponctuels ou de cas pouvant entraîner des conséquences sur toute une population.

Une organisation, du personnel formé et compétent, des protocoles, une connaissance partagée des partenaires et de leurs rôles respectifs, une traçabilité des différentes actions, un échange en transversalité des informations, un retour d'information partagée, des évaluations, une communication en amont et en aval des évènements, une réactualisation permanente de toutes les données (partenaires, établissements, associations, intervenants, systèmes, protocole), la tenue de statistiques forment le tronc commun indispensable à une bonne gestion des signalements et des crises.

Pour ce faire, cinq grands axes et dix mesures doivent impérativement fournir un cadre de références pour répondre aux objectifs que s'est fixée l'Agence.

Mesure 1 - Rendre visible les articulations CVAGS, CIRE, délégation territoriale de l'ARS avec les Préfectures

Les relations redéfinies entre la Préfecture de Guadeloupe, la Préfecture de Saint-Martin et Saint-Barthélemy et l'ARS (qui n'est plus un service déconcentré sous tutelle, mais un référent technique) ont fait l'objet de la signature d'un protocole précisant que l'ARS devient un prestataire de services dans le domaine exclusif de la santé, qui doit rendre compte de ses actions auprès du représentant de l'Etat.

Dans ce cadre, l'ARS doit s'organiser pour apporter une réponse exhaustive non seulement aux demandes du Préfet mais aussi à la protection sanitaire de la population toute entière (soit par des alertes, soit par des mesures appropriées).

Dans ce cadre, la Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaires a donc un rôle de :

- Réception des signalements : maladie à déclaration obligatoire, des TIAC, des signalements des médecins sentinelles, des alertes des médecins de PMI ou solaires, etc
- Vérification et de validation par un MISP, en lien avec la Cire (dans les situations non prévues par un protocole validé au plan national)
- gestion des signalements (recherche cas index, cas secondaire via des questionnaires et un enregistrement adaptés (voozalerte, wintiac, BK4, etc.)
- Elaboration des outils de gestion des situations urgentes (conduites à tenir, fiches reflexe, listings de partenaires, etc.)
- Participation au travail de planification coordonné par l'unité de défense civile et de gestion des crises de l'ARS (actualisation des plans, organisation du volontariat /crise, vaccination, campagne d'information, etc)
- Liaison avec l'administration centrale via l'enregistrement de données, ou les échanges d'information au niveau zonal dans le cadre de la gestion de certaines alertes
- Participation à diverses actions portant sur :
 1. des mesures de prévention individuelle ou collectives (recommandations de chimio-prophylaxie, traitement ou vaccination, etc.
 2. des mesures de contrôle nécessitant des actes administratifs (arrêtés, réquisition, mobilisation de personnel (fermeture d'établissement, évacuation de zones, retraits de lots, interdiction de consommation, mise en quarantaine, organisation de campagne de vaccination, traitement de milieux, activation des plans)
 3. des mesures de renforcement de la surveillance (suivi prospectif de certaines pathologies)
 4. des mesures d'information-communication à destination :
 - des professionnels (conduite à tenir, signalement, ou réponse apportée à un signalement géré)
 - du public (communiqué de presse, séminaire d'information, réunions publiques, élaboration de prospectus)

La Cire qui est destinataire des alertes via l'InVS, apporte son concours :

- en contribuant à l'évaluation des signaux sanitaires réceptionnés et validés par la CVAGS
- en garantissant l'évaluation des situations qui le nécessitent sur sollicitation de la CVGAS ou par auto-saisine
- en participant à l'élaboration d'outils d'investigation des signaux et d'analyse du risque (fiches reflexes)
- en animant et assurant la coordination scientifique du dispositif interrégional (Antilles/Guyane) de surveillance épidémiologique : pilote/et/ou partenaire de la conception, la mise en place et coordination de systèmes de surveillance ou de dispositifs d'alerte sanitaire concernant les pathologies locorégionales
- en effectuant l'analyse régionale des données des systèmes de surveillance régionalisés de l'InVS et en transmettant à la CVAGS les alertes qui en sont issues
- en effectuant la rétro-information relative à la veille sanitaire via la diffusion aux partenaires et publics cibles dans l'inter-région des Points Epidémiologiques réguliers
- en assurant le lien avec les départements de l'InVS dans le cadre de l'évaluation de menaces sanitaires.

Le Préfet de zone pour les Antilles (basé en Martinique) est sollicité ou est informé, selon la circonstance sur :

- les alertes et signalements pouvant avoir une incidence majeure sur la population de la zone, sur un groupe ou un cas particulier concerné se déplaçant dans la zone
- les évènements qui nécessitent en termes de réponses ou de coordination, les moyens gérés par la zone ou le niveau national.

La délégation de l'Agence installée à Saint-Martin, dans le cadre de la veille sanitaire a pour mission, via la permanence qu'elle fait vivre localement,

- d'être le relais sur place dans ces nouvelles Collectivités, de la CVAGS et de la Cire
- de nouer des relations privilégiées avec les autorités sanitaires de la partie hollandaise de l'île pour se tenir informé des mesures de prévention ou d'information qu'elles prennent
- d'accompagner les nouvelles Collectivités territoriales dans leurs politiques de structuration de certaines réponses sanitaires.

Outre les protocoles Préfet - ARS signés, l'articulation entre tous les acteurs doit se décliner dans l'ensemble des documents qui seront issues de ces unités (plans, fiches actions, conduites à tenir, etc.)

Mesure 2 - Présenter le système d'information : partager la traçabilité des signalements et des actions de gestion

Le principe de partage de l'information entre les différents acteurs de la Plateforme de Veille et d'Urgence Sanitaire (PVUS) au sein de l'ARS de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy s'appuie sur un système d'information partagé via la plateforme Internet sécurisée « *Voozalerte* ».

Ses objectifs ne sont pas seulement le partage de l'information mais aussi de :

- 1) Garantir la qualité et la traçabilité du traitement des signaux sanitaires ;
- 2) Faciliter la rétro-information aux partenaires sur les mesures de gestion prises et les résultats ;
- 3) Permettre une évaluation des pratiques relatives au traitement des signaux sanitaires, notamment la réactivité ;
- 4) Faciliter les échanges d'expérience ;
- 5) Produire des indicateurs de suivi (rapports d'activité).

Mis en œuvre dès 2009 en Guadeloupe, une évaluation du dispositif a été réalisée par la Cire Antilles/Guyane en 2010, permettant de confirmer la pertinence du dispositif. Les objectifs de partage de l'information, de traçabilité et de qualité du traitement du signal, et d'échanges d'expérience sont atteints. L'utilisation du système par les agents s'est généralisée.

L'impact sur la professionnalisation des acteurs de la CVAGS a été plus important que prévu, l'outil s'étant révélé pédagogique et structurant.

A noter que selon la nature du signalement, « *Voozalerte* » est couplé aux outils existants depuis plusieurs années, puisque les signalements font référence aux enregistrements dans Wintiac (gestion des TIAC), ou SISMIIP (Système d'Information pour la Surveillance des Maladies Infectieuses Prioritaires), ou BK4 (suivi épidémiologique des cas de tuberculose)

AXE 2 - HOMOGENEISER LE CADRE DE RECEPTION ET DE TRAITEMENT DES SIGNAUX ET DE GESTION DES ALERTES

Contexte

Les domaines de la santé touchant des thématiques très vastes, la priorité à donner réside dans la rapidité à réagir face à l'annonce d'un signal ou d'une alerte, afin d'éviter la dispersion de l'information entre les différents partenaires avec une perte de temps préjudiciable à la résolution du cas et les conséquences qui en découlent.

Objectif :

Permettre à chacun d'avoir une connaissance en temps réel des signaux et des alertes, de l'évolution d'une situation sanitaire préoccupante, de partager la réflexion en fonction des éléments d'enquête recherchés et trouvés, de mettre en place des mesures adaptées.

Pour ce faire, la diffusion optimale des fiches action des plans de gestion de crise, la mise en place de fiches de conduite à tenir, l'échange et le partage des informations avec les Préfectures (de région ou de zone), l'InVS, la DGS, l'EPRUS, les professionnels de santé dont les médecins de ville, hospitaliers ou de collectivités via un certain nombre d'outils et de logiciels doivent permettre d'homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et des alertes.

Mesure 3 - Diffuser les référentiels partagés de traitement des signaux, d'investigation et de gestion des alertes

Les référentiels partagés déjà en service doivent être actualisés et mieux diffusés à tous les acteurs en charge de la réception, du traitement des signaux sanitaires.

Les fiches actions des différents plans (Orsec, blanc élargi, cyclone, séisme, électro-secours notamment) doivent être sorties du plan, mieux identifiées, actualisées et présentées à tous les acteurs pour une mise en œuvre partagée et rapide, si besoin.

L'utilisation de la plateforme internet « Voozalerte » doit se généraliser pour l'ensemble des signalements reçus afin de fiabiliser les extractions et les bilans périodiques d'activité.

Le personnel médical et le personnel technique de l'Agence contribuant aux astreintes doit être sensibilisé, voire formé à l'emploi de ces fiches pour les situations les plus classiques déjà répertoriées donc anticipées.

Mesure 4 – Initier des actions de formation des acteurs en matière de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires

Tous les agents de la CVAGS ont au cours des années passées pu bénéficier d'actions de formation sur les outils de gestion en développement ou déjà en fonctionnement (Voozalerte, Voozadoo, Win tiac, Bilan Lin, etc.)

Aujourd'hui l'objectif est d'élargir ce cercle à certains hospitaliers, certains agents de la délégation, certains professionnels de santé collaborant étroitement avec l'Agence via le réseau de sentinelles notamment.

Certains plans nationaux de gestion de crise (pandémie grippale, NRBC, variole) comportent des actions de formations destinées au corps médical et para médical. L'ARS doit s'assurer que ces personnels, une fois formés par l'échelon national ou zonal, déclinent localement au plus grand nombre des praticiens leurs acquis, pour répondre à une crise de grande ampleur.

AXE 3 – DEVELOPPER LE SIGNALEMENT

Contexte

Le nombre de médecins et d'infirmiers en exercice sur l'ensemble du territoire régional est significativement plus faible que la moyenne nationale. Ces professionnels très occupés par leur activité de base, manquent de disponibilité pour s'impliquer pleinement dans l'activité de signalement des différentes maladies à déclaration obligatoire, des phénomènes sanitaires ou médicaux rares, inhabituels, ou itératifs, d'ou un risque évident de sous-déclaration.

Les études épidémiologiques, un peu mieux connues qu'il y a quelques années, ne sont perçues que comme des constats, servant à étudier l'histoire des maladies, leur évolution ou leur transformation mais rarement comme pouvant servir à leur prévention.

Le réseau des médecins-sentinelles associé à une collaboration étroite avec un certain nombre de laboratoires de biologie médicale conscients de l'intérêt du travail avec la CVAGS, permettent tout de même une gestion satisfaisante des signalements collectés.

Le corps médical dans son ensemble, le service médical de l'Education nationale, le service de santé des Armées, le service de PMI du Conseil Général ou des nouvelles Collectivités territoriales, le service de médecine du travail n'ont pas encore systématisé leurs échanges sur les situations sanitaires préoccupantes avec l'Agence.

Objectif :

Tendre vers une exhaustivité des déclarations et des signalements de phénomènes médicaux ou sanitaires significatifs touchant potentiellement l'état de santé des individus dans leur milieu de

vie, de travail ou de loisir, par une meilleure information (ou rétro-information) de ces professionnels.

La création d'un réseau sentinelle avec des partenaires de l'environnement pourrait être envisagée pour une meilleure gestion de la qualité des eaux (potable ou de baignade), des lieux de stockage des déchets dangereux, de la qualité de l'air.

Mesure 5 - Mobiliser les partenaires pour améliorer le taux de signalements, renforcer la surveillance

La liste actualisée des 29 maladies à déclaration obligatoire gagne à être mieux diffusée auprès de tous les acteurs du soin. La CVAGS peut être le moteur de cette diffusion en insistant notamment sur les pathologies propres à notre environnement tropical.

La mise en place prochaine dans tous les établissements de santé et à l'Agence du nouvel outil E-sin doit être l'occasion d'améliorer le signalement des infections nosocomiales ainsi que le suivi des actions correctives.

Mesure 6 - Augmenter les remontées des maladies à déclaration obligatoire (MDO)

Si l'exhaustivité des MDO est généralement difficile à atteindre, il est indispensable d'augmenter le nombre de déclarations reçues à l'Agence, afin de mieux développer les actions de gestion éventuelles qui s'y rattachent.

Plusieurs axes d'amélioration, pour certains déjà mentionnés, plus haut, doivent faire l'objet d'un effort particulier :

Améliorer l'adhésion des médecins au dispositif de déclaration grâce à la publicité sur le point focal (n° de fax ou de téléphone unique, adresse mèl dédiée) :

en rappelant l'action de santé publique qui suit tout signalement ;

en systématisant une rétro-information des actions menées aux déclarants.

Répondre dans les meilleurs délais possibles aux questions posées suite à un signalement, au besoin sans attendre la fin de l'astreinte éventuelle ;

Poursuivre l'effort de professionnalisation des personnels de la CVAGS aux différentes étapes du traitement d'un signalement correspondant aux MDO, en particulier aux étapes de réception, validation et gestion d'un signal (éventuellement aux étapes d'évaluation investigation et déclenchement de l'alerte, au cours desquelles la Cire est en appui).

AXE 4 - AMELIORER LE DISPOSITIF DE PREPARATION ET DE GESTION DES URGENCES SANITAIRES

Contexte

Nos territoires nous exposent à des risques sanitaires souvent déjà connus et répertoriés. Nombre de plans de gestion de crise existent déjà, depuis la démarche PRAGSUS issue de la loi de santé publique du 9 août 2004.

Objectif

Il s'agit de continuer l'effort de structuration des actions de réponse en les rendant de plus en plus complètes, fiables, sécurisées, systématiques, voire automatiques.

L'actualisation permanente des mesures planifiées doit se faire à la lumière de l'expérience acquise lors des précédents phénomènes ou après les exercices de simulation, en y associant les éventuels nouveaux acteurs.

Mesure 7 - Mettre en cohérence et actualiser les plans et procédures en mettant l'accent sur l'opérationnalité des réponses

Cinq plans prioritaires ont été identifiés comme devant être particulièrement testés en ce qui concerne leur opérationnalité : le Plan blanc élargi, le Plan Orsec (volet ARS), le Plan séisme, le Plan Iode, le Plan NRBC, une fois leur actualisation terminée.

Le Plan Blanc Elargi gagnera à s'appuyer sur des Plans Blancs des établissements de santé et des Plans Bleus des établissements médico-sociaux révisés et mieux connus de tous.

Les différents volets du Plan Orsec impliquant l'Agence devront être déclinés à partir d'un tronc commun centré sur la prise en charge médicale d'un nombre plus ou moins élevé de victimes, de personnes concernées par le phénomène.

La déclinaison départementale du Plan NRBC devra se faire en cohérence avec les options ou modalités retenues par l'ARS de zone, en faisant apparaître en tant que de besoin la complémentarité.

Mesure 8 - Développer une cellule de gestion des crises en appui du COD

Le système des astreintes hebdomadaires mis en place avec des agents compétents sur les volets administratif, médical, environnemental et pharmaceutique, répond à l'ensemble des préoccupations générées par une crise potentielle, puisqu'ils ces personnels sont en alerte durant toute la semaine.

Ces permanences sont assurées du lundi au lundi, 24H/24, 7Jours/7 et 365 jours par an, aux heures non ouvrées, en relais du point focal qui fonctionne aux heures ouvrées. Cette veille permet une réception de l'information dans l'Agence, premier gage d'une réponse adaptée.

Lorsque le COD est activé par l'autorité préfectorale, le représentant de l'Agence actuellement d'astreinte s'y rend immédiatement, sur la base du message d'alerte qu'il reçoit. Il peut être seul ou accompagné par un autre collègue désigné en second.

Si la situation l'exige, le Directeur de l'Agence peut ordonner l'activation d'une cellule d'appui (CRA) interne à l'Agence sur un ou deux sites (en Basse-Terre (Bisdary) et/ou en Grande- Terre (Raizet), en fonction du phénomène, des ressources disponibles ou des circonstances du moment (routes impraticables, inondées ; locaux impraticables, alimentation électrique disponible, etc.). Chaque agent de l'ARS peut être appelé par la direction à contribuer aux actions de la CRA.

Cette cellule régionale d'appui (CRA), composée de trois personnes au minimum (dont un cadre de direction), a pour mission principale d'alimenter en informations sur les établissements de santé ou médico-sociaux, sur les professionnels de santé libéraux, le collègue en COD ; répondre à ses interrogations, lui proposer en tant que de besoin des actions utiles à la gestion des événements, relayer auprès des établissements ou des professionnels libéraux les consignes ou actions validées par la préfecture.

Un local spécifique, adapté à cette mission est réservé à la cellule régionale d'appui.

Le remplacement à intervalles aussi réguliers que possible de l'agent placé en COD est organisé en lien avec la CRA, à partir de la liste des cadres d'astreinte de la semaine, de la liste des cadres de direction disponibles, puis de la liste globale des cadres, au besoin.

AXE 5 - DEVELOPPER LA COMMUNICATION SUR LES URGENCES SANITAIRES

Contexte

La communication sur les urgences sanitaires, conformément au protocole Préfet-ARS signé, relève du Préfet de région ou de zone.

Objectif

L'objectif d'une information réciproque permanente sur tout le volet des urgences sanitaires a été adopté par les signataires. Les actions de communication sont décidées d'un commun accord, à défaut d'accord par l'autorité préfectorale garant ultime de la sauvegarde des populations.

Mesure 9 - Développer une stratégie de communication institutionnelle

L'essentiel des actions de communication de l'Agence, hors crise sanitaire, passe par une bonne diffusion et appropriation des différents plans de gestion par l'ensemble des acteurs du domaine de compétence de l'Agence (hospitaliers, médico-sociaux, praticiens libéraux, administrations et sociétés commerciales privées partenaires)

Mesure 10 - Sensibiliser la population et la société civile à la culture et la gestion du risque

L'Agence, au travers d'une participation volontaire aux différentes manifestations culturelles, sportives ou socio-économiques, continue à porter les informations essentielles au plus près de la population notamment dans les communes isolées. Les informations diffusées à l'occasion devront concerner tant les risques sanitaires propres à notre environnement que les conduites d'évitement ou de protection à adopter par chaque concitoyen, entreprise ou collectivité. La diffusion par voie de presse participe aussi à cette sensibilisation.

Annexe 3 Les indicateurs de suivi des objectifs retenus

Reposant sur le suivi pluriannuel d'indicateurs du CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens passé entre l'ARS Guadeloupe et le Centre National de Pilotage des ARS)

INDICATEURS DE RESULTAT	VAL INIT	CIBLE REGIONALE			ETAT D'AVANCEMENT		
		2011 (Attendu)	2011 (Réalisé)	2012 (Attendu)	2013 (Attendu)	PROGRAMME D'ACTIONS 2012	
<p>Taux de mortalité prématurée évitable Mode de calcul : $(D1/D2)*100\ 000$ (lissés sur 3 années consécutives compte tenu des effectifs et standardisé sur la population Européenne--Eurostat - population Europe IARC 1976-- pour les estimations nationales)</p> <p>D1 : Nombre de décès dont la cause est l'une des causes de décès suivantes (SIDA, cancer des voies aéro-digestives supérieures, cancer du poumon, psychose alcoolique, cirrhose alcoolique, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides) Source : Exploitation des certificats de décès réalisée par l'INSERM-CépiDc</p> <p>D2 : Estimation de l'effectif de la population de moins de 65 ans Source : Recensement INSEE exploité par INSERM-CépiDc</p> <p>Disponibilité de la donnée : Annuelle</p>	H = 92,1	H = 91				Habilitation des structures et mise en œuvre du TROD Etude de faisabilité pour un financement potentiel du TROD sur crédits prévention si pas de nouvel appel à projets national dans des délais raisonnables Indicateurs intermédiaires : taux de découvertes tardives de la séropositivité 1 campagne de sensibilisation au dépistage du cancer du sein en direction des femmes de 40 à 50 ans (en lien avec les URPS, la ligue contre le cancer) 1 campagne de sensibilisation au repérage des signes annonciateurs d'1 AVC débutant (population générale et territoire SUD en particulier)	
	<p>Taux de mortalité prématurée évitable Mode de calcul : $(D1/D2)*100\ 000$ (lissés sur 3 années consécutives compte tenu des effectifs et standardisé sur la population Européenne--Eurostat - population Europe IARC 1976-- pour les estimations nationales)</p> <p>D1 : Nombre de décès dont la cause est l'une des causes de décès suivantes (SIDA, cancer des voies aéro-digestives supérieures, cancer du poumon, psychose alcoolique, cirrhose alcoolique, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides) Source : Exploitation des certificats de décès réalisée par l'INSERM-CépiDc</p>	F=21,5	F=18				Habilitation des structures et mise en œuvre du TROD Etude de faisabilité pour un financement potentiel du TROD sur crédits prévention si pas de nouvel appel à projets national dans des délais raisonnables indicateurs intermédiaires : taux de découvertes tardives de la séropositivité 1 campagne de sensibilisation au dépistage du cancer du sein en direction des femmes de 40 à 50 ans (en lien avec les URPS, la ligue contre le cancer)

<p>D2 : Estimation de l'effectif de la population de moins de 65 ans Source : Recensement INSEE exploité par INSERM-CépiDc</p> <p>Disponibilité de la donnée : Annuelle</p>						<p>1 campagne de sensibilisation au repérage des signes annonciateurs d'1 AVC débutant (population générale et territoire SUD en particulier)</p>
<p>Taux de décès par suicide pour 100 000 hab. standardisé par âge</p> <p>Mode de calcul : $(D1/D2)*100\ 000$ (3 années regroupées, standardisation sur la population de référence Européenne)</p> <p>D1 : Cause de décès X60-X84 (CIM10) Source : Exploitation des certificats de décès par INSERM-CépiDc</p> <p>D2 : Population totale de la région Source : Recensement INSEE exploité par INSERM-CépiDc</p> <p>Disponibilité de la donnée : Annuelle (sur la période N-3_N-5)</p>						<p>Développement d'un travail partenarial afin de mettre en place un suivi/recueil en routine avec l'aide d'un médecin psychiatre désigné.</p> <p>2 sessions de formation des MG et IDE à la conduite d'entretien dans le cadre d'une personne en crise suicidaire.</p> <p>1 session de formation des médecins de ville au repérage plus facile des signes avant-coureurs de TS chez les adolescents.</p> <p>Ouverture d'un centre pour adolescents en crise en milieu hospitalier (CHU).</p> <p>Développement en secteur ouvert de la Maison des adolescents.</p>
<p>Taux de décès par suicide pour 100 000 hab. standardisé par âge</p> <p>Mode de calcul : $(D1/D2)*100\ 000$ (3 années regroupées, standardisation sur la population de référence Européenne)</p> <p>D1 : Cause de décès X60-X84 (CIM10) Source : Exploitation des certificats de décès par INSERM-CépiDc</p> <p>D2 : Population totale de la région Source : Recensement INSEE exploité par INSERM-CépiDc</p> <p>Disponibilité de la donnée : Annuelle (sur la période N-3_N-5)</p>						<p>Développement d'un travail partenarial afin de mettre en place un suivi/recueil en routine avec l'aide d'un médecin psychiatre désigné.</p> <p>2 sessions de formation des MG et IDE à la conduite d'entretien dans le cadre d'une personne en crise suicidaire.</p> <p>1 session de formation des médecins de ville au repérage plus facile des signes avant-coureurs de TS chez les adolescents.</p> <p>Ouverture d'un centre pour adolescents en crise en milieu hospitalier (CHU).</p> <p>Développement en secteur ouvert de la Maison des adolescents.</p>
<p>Taux de mortalité infantile (% sur la Guadeloupe seulement)</p>	6,9	8,1		7,1	6,1	<p>Mise en place du Réseau de santé périnatal.</p>
	ND	ND		ND	ND	<p>Renouveler la CRN (Commission régionale de la naissance)</p>
						<p>Mettre en place un système de recueil et de valorisation des données de mortalité infantile</p>
<p>Prévalence de l'obésité parmi les enfants à l'entrée en CP</p> <p>Mode de calcul : $(D1/D2)*100$ D1 : L'obésité est déterminée à</p>	8,90%	8,90%		8,9	6,9	<p>Ouverture d'un centre d'éducation thérapeutique pour obèses au CH dès lors que la tarification obésité sera fixée par l'administration centrale.</p>

<p>partir de l'indice de masse corporelle (poids en kg/taille en m²), selon les références de l'IOTF30, interprétées selon l'âge et le sexe. Source : Cycle triennal d'enquêtes sur la santé des enfants, et adolescents scolarisés réalisé par la DREES, en partenariat avec l'Education Nationale: visite médicale obligatoire de grande section de maternelle sur échantillon d'établissements publics et privés sous contrat.</p> <p>D2 : Nombre d'enfants en grande section maternelle pour lesquels les mesures (poids taille) ont été prises Source : Cycle triennal d'enquêtes sur la santé des enfants et adolescents scolarisés réalisé par la DREES, en partenariat avec l'EN: visite médicale obligatoire de grande section de maternelle sur échantillon d'établissements publics et privés sous contrat.</p> <p><u>Disponibilité de la donnée :</u> Triennale</p>					<p>Poursuite des négociations avec les industriels de l'agro alimentaire (IAA)</p> <p>déploiement des outils "écoles carambole" dans les écoles (CE2 - 1/3 des classes en 2012)</p> <p>déroulement de la campagne de communication de lutte contre la sédentarité</p> <p>émission TV culinaire pour les enfants (utilisation des produits locaux) - 2 langues - Bande dessinée (2 langues)</p> <p>Poursuivre la formation des professionnels de santé (médecins, infirmiers...).</p> <p>Appel d'offre à finaliser fin 2011 pour lancement de la campagne de communication en 2012.</p>	
<p>Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants à l'entrée en CP</p> <p><u>Mode calcul :</u> (D1/D2)*100 D1 : Le surpoids est déterminé à partir de l'indice de masse corporelle (poids en kg/taille en m²), analysé selon les références de l'IOTF25, interprétées selon l'âge et le sexe Source : Cycle triennal d'enquêtes sur la santé des enfants, et adolescents scolarisés réalisé par la DREES, en partenariat avec l'EN: visite médicale obligatoire de grande section de maternelle sur échantillon d'établissements publics et privés sous contrat.</p> <p>D2 : Nombre d'enfants en grande section maternelle pour lesquels les mesures (poids taille) ont été prises Source : Cycle triennal d'enquêtes sur la santé des enfants, et adolescents scolarisés réalisé par la DREES, en partenariat avec l'Education Nationale: visite médicale obligatoire de grande section de maternelle sur échantillon d'établissements publics et privés sous contrat.</p> <p><u>Disponibilité de la donnée :</u> Triennale</p>	14%	14%		14%	12%	<p>Ouverture d'un centre d'éducation thérapeutique pour obèses au CH dès lors que la tarification obésité sera fixée par l'administration centrale.</p> <p>Poursuite des négociations avec les industriels de l'agro alimentaire (IAA)</p> <p>déploiement des outils "écoles carambole" dans les écoles (CE2 - 1/3 des classes en 2012)</p> <p>déroulement de la campagne de communication de lutte contre la sédentarité</p> <p>émission TV culinaire pour les enfants (utilisation des produits locaux) - 2 langues - Bande dessinée (2 langues)</p> <p>Poursuivre la formation des professionnels de santé (médecins, infirmiers...).</p> <p>Appel d'offre à finaliser fin 2011 pour lancement de la campagne de communication en 2012.</p>
<p>Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans</p> <p><u>Mode de calcul :</u> (D1/D2)*100 D1 : Nombre de personnes de 50 à 74 ans ayant réalisé le test de dépistage pendant les deux</p>	37,20%	43%		46%	50%	<p>Soutien des campagnes de sensibilisation au dépistage, menées par l'AGWADEC et la ligue contre le cancer.</p> <p>1 action commune avec les URPS sur le sujet.</p>

<p>années évaluées. Source : Structures de gestion</p> <p>D2 : Population des personnes de 50 à 74 ans définie par l'INSEE de laquelle sont soustraites les personnes exclues du dépistage organisé durant les deux années évaluées (évaluation sur deux années glissantes comme proxy d'une campagne) Source : Structures de gestion des dépistages organisés</p> <p><u>Disponibilité de la donnée :</u> Annuelle</p>						<p>Assurer la pérennisation du financement du registre du cancer.</p> <p>Suivi de la mise aux normes des équipements.</p>
<p>Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans</p> <p><u>Mode de calcul :</u> (D1/D2)*100 D1 : Nombre de femmes de 50 à 74 ans ayant réalisé un test de dépistage analysable durant les deux années évaluées (évaluation sur deux années glissantes comme proxy d'une campagne). Source : Structures de gestion des dépistages organisés</p> <p>D2 : Population des femmes de 50 à 74 ans définie par l'INSEE de laquelle sont soustraites les femmes exclues du dépistage organisé durant les deux années évaluées (évaluation sur deux années glissantes comme proxy d'une campagne) Source : InVS</p> <p><u>Disponibilité de la donnée :</u> Annuelle</p>	42,50%	50%		55%	60%	<p>Soutien des campagnes de sensibilisation au dépistage menées par l'AGWADEC, la ligue contre le cancer</p> <p>1 action commune avec les URPS sur le sujet en particulier sur les communes dont les taux de relance sont les plus élevés.</p> <p>Assurer la pérennisation du financement du registre du cancer.</p> <p>Suivi de la mise aux normes des équipements.</p>
<p>Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole</p> <p><u>Mode de calcul :</u> (D1/D2)*100 D1 : Nombre d'enfants de 24 mois dont le CS 24 mois a été recueilli et indique la réalisation de la première injection Source : Services, enquêtes, systèmes d'information : Certificats de santé des nourrissons de 24 mois</p> <p>D2 : Nombre d'enfants de 24 mois dont le CS 24 mois a été recueilli Source : Services, enquêtes, systèmes d'information : Certificats de santé des nourrissons de 24 mois</p> <p><u>Disponibilité de la donnée :</u> Annuelle</p>	81,7% 79%	83% 83%		84% 84%	85% 84%	<p>Lancement d'un appel à projet visant à territorialiser l'offre vaccinale en lien avec la CGSS.</p> <p>Offre vaccinale à réorganiser en partenariat avec la CGSS.</p>
<p>% des plans nationaux de veille et sécurité sanitaire déclinés au niveau régional et ayant fait l'objet d'une révision dans l'année</p>	100%	100%				<p>Communication sur le plan blanc élargi.</p>

<p><u>Mode de calcul</u> : (D1/D2)*100 D1 : Parmi la liste fournie par la DGS/DUS, il s'agit du nombre de plans nationaux déclinés au niveau régional et ayant fait l'objet d'une révision dans l'année Source : Système d'information Alertes</p> <p>D2 : Liste des plans et procédures de veille et sécurité sanitaires transmis par la DGS/DUS : canicule, pandémie grippale, RSI, Pirate-NRBC Source : DGS/DUS</p> <p><u>Disponibilité de la donnée</u> : Annuelle</p>						Poursuivre l'actualisation des plans (NRBC).
						Poursuivre l'actualisation des plans (Orsec séisme prioritairement).
<p>% d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable plus de 5000 hab., présentant de manière récurrente des dépassements des limites de qualité</p> <p><u>Mode de calcul</u> : (D1/D2)*100 D1 : La non-conformité s'apprécie par comparaison aux limites et références de qualité figurant dans la réglementation nationale et la directive 98/83 Source : Données disponibles dans le système d'information SISE-Eaux (SI métier)</p> <p>D2 : Référence définition détaillée SISE-EAUX Source : Données disponibles dans le système d'information SISE-Eaux</p> <p><u>Disponibilité de la donnée</u> : Annuelle</p>	4,35%	0%		0%	0%	Proposition de financement aux 4 communes par l'Office de l'Eau pour la gestion de leur charbon actif.
<p>% d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable moins de 5000 hab., présentant de manière récurrente des dépassements des limites de qualité</p>	15.78%	10,5		7.89%	7.89%	Déterminer le nombre de procédures en 2011 (réalisées et en cours avec les échéances)
<p>Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP</p>	0					Le plan d'action comporte la mise en place d'un pôle de lutte contre l'habitat indigne à partir du mois de novembre.

<p><u>Mode de calcul</u> : D1 D1 : Sont comptabilisés les logements, les parties communes et les locaux ayant fait l'objet, suite à la visite d'évaluation des risques sanitaires, d'une procédure au titre du CSP pour l'habitat insalubre et le plomb. Les données sont issues de l'enquête "Lutte contre l'habitat indigne" réalisée annuellement. Les données de base utilisées sont les suivantes: Pour le saturnisme: - Le nombre de logements ayant fait l'objet de notification de travaux + le nombre de parties communes ayant fait l'objet de notification de travaux Pour l'habitat insalubre: - Le nombre de logements AP L.1331-26 remédiables + irrémédiables - Le nombre de logements AP L.1331-26-1 + L.1331-23+ L.1331-25 - Le nombre de locaux AP L.1331-22 - Le nombre d'AP L.1311-4+ L.1331.24 (donne une estimation du nombre de logements) Un double compte est possible : - Entre les logements comptabilisés au titre des procédures saturnisme et des procédures habitat insalubre, mais les données disponibles ne permettent pas de les distinguer; - Entre les logements concernés par un AP L.1331-26-1 et L.1331-26, la procédure L.1331-26-1 est souvent suivie d'une procédure L.1331-26</p> <p><u>Source</u> : Services, enquêtes, systèmes d'information : @riane-BPH pour 16 régions et à terme pour l'ensemble des régions, saturnins, autres base de données locales de suivi de dossiers (SI-métiers) <u>Disponibilité de la donnée</u> : Annuelle</p>						<p>Des fiches de signalement sont distribuées aux acteurs sociaux : cela permet un tri préalable entre les habitats indignes et les habitats insalubres.</p>
<p>Nombre de contrats locaux de santé signés au titre de l'art L. 1434-17 du CSP sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés) <u>Mode de calcul</u> : D1D1 : Il s'agit des CLS signés par l'ensemble des parties, au titre d'une année calendaire <u>Source</u> : Recensement par l'ARSD <u>Disponibilité de la donnée</u> : Annuelle</p>	0	0		0	1	<p>Mise à disposition du territoire Centre d'un animateur territorial à former.</p>

Annexe 4 Les propositions de calendrier de mise en œuvre du volet promotion/éducation pour la santé

PROPOSITION PLURIANNUELLE

Maladies Chroniques	2012	2013	2014	2015
DU alimentation Act. Phy 60h /60h pour les médecins	X	X		
EPU URPS: IMC Tour de taille Prescription Act Physique 2 fois/an	X			
Plaquette IMC - Tour de taille - Activité Physique + metre rubans	X			
Pharma - Libéraux- Labo en lien avec la CGSS? Journées avec EN pr chef établissement - Inspecteur Co financement EN Journées prévention co financée INPES				
Déploiement ecole carambole (classe CE2) outil validé PNNS zone PRAPS Co financement PNA	X	X	X	X
Déploiement Fourchette/ Baskets (classe 5ème) - Zone PRAPS Outil validé PNNS				
Parcours sportifs 1 educ/1h/jour/parcours	X	X	X	X
Travail sur taux de sucre dans aliments DAAF ARS Coopération mutualisation des Réseaux de prise en charge obésité - HTA - Diabète	X			
Handicap et vieillissement	2012	2013	2014	2015
Protection de l'autonomie de la personne âgée - Libéraux 5 jrs 15 à 20 personnes: 1 fois par an (plus si cofinancement PNA) Outil dénutrition PA en EHPAD 2 établissements par an Lancement dépistage déficience auditive	X			
Santé mentale, santé des jeunes et addictions	2012	2013	2014	2015
Campagne grand public / déstigmatisation- connaissance des pathologies-adresses-conseils-remboursement des soins... Adaptation des messages: culture et traditions 2 EPU/ an libéraux de santé: facteurs de risque, préjugés, repérage de la dépression chez la personne âgée... Dépistage troubles psychiques et de l'adaptation: IDE et AS-EN-TS CCAS RPIB: clubs et assoc sportives Plaquette dépression pendant la grossesse et du post partum: en maternité pour les femmes enceintes et accouchées	X	X		

Support à l'accompagnement en direction des SF- puer...				
Protocoliser les missions et collaboration des services addictions/ psychiatrie intervenant auprès des personnes incarcérées	X			
Planifier une articulation territoriale pertinente des structures médico-soc				
Impliquer élus, familles, entourage				
Mettre en lumière les besoins des personnes souffrant de problème ou de troubles mentaux/				
Perfectionner, diffuser et appliquer les connaissances				
Santé maternelle et infantile	2012	2013	2014	2015
Campagne Grand public: messages à définir IVG - Obésité - Allaitement - Contraception			X	
Ligne urgence				
Créat° plaquette sur contraception d'urgence pr centre d'orthogénie		X		
Diffusion plaquette allaitement dans les maternités				
+version anglaise StM				
Réduction risques sexuels Prof MECS - Mission locale	X			
Création du réseau périnat	X			
Réactivation du CRN	X			
Actions transversales	2012	2013	2014	2015
Action en faveurs des malades et leur famille ttes pathologies confonfues + prévention				
communautaire	X	X	X	X
CISS	X	X	X	X
Formations	X	X	X	X
Etudes et enquêtes	X	X	X	X
Documentation Pole de compétence	X	X	X	X
Journées d'information et communication	X	X	X	X
Soutien PRAPS	X	X	X	X
Actions Règlementées	X	X	X	X
Evaluer la démarche et les programmes : processus et actions				X

Annexe 5 Les propositions d'actions 2012

PLAN D' ACTIONS 2012

STRUCTURATION DE LA PREVENTION AUTOUR D'ACTEURS CLEFS :

- Les établissements publics de santé :

La prévention s'appuiera sur les établissements de santé et sur leurs personnels :

Hôpital de Marie Galante :

- Améliorer l'offre de prévention des addictions en mutualisant l'offre CSAPPA de la Guadeloupe continentale pour chercher un redéploiement sur Marie Galante à partir de l'hôpital
- Créer un centre de périnatal de proximité
- Mettre en place une structure d'éducation thérapeutique dont rééducation cardio vasculaire afin de renforcer la prise en charge de premier recours sur l'île
- Proposer au sein de l'établissement une offre de vaccination gratuite à partir de 6 ans
- Créer les conditions d'un dépistage: de l'IRC, du diabète, de l'HTA, du VIH ...
- Proposer au sein de l'établissement une offre de vaccination gratuite à partir de 6 ans.

Hôpital de Capesterre Belle Eau

- Proposer au sein de l'établissement une offre de vaccination gratuite à partir de 6 ans
- Créer les conditions d'un dépistage : de l'IRC, du diabète, de l'HTA, du VIH ...

CHU - CHBT - CHSM

- Poursuivre les actions dites recentralisées : Tuberculose - lèpre - IST - Vaccination en prenant en compte l'évolution des besoins.

- Les URPS

Au travers de ces nouvelles unions, initier un travail en partenariat avec eux et la caisse général de sécurité sociale pour que durant les quelques années qui viennent, ces professionnels en première ligne puissent accompagner plus fortement l'ARS dans le suivi de certaines pathologies très prégnantes sur notre territoire.

- Les médecins libéraux

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a consacré le rôle du médecin traitant dans l'offre de soins de premier recours. Ses missions couvrent à la fois le diagnostic, le traitement, la prévention, le dépistage, mais également l'orientation des patients, selon leurs besoins, dans le système de soins, la coordination des soins et la centralisation des informations émanant des professionnels intervenant dans le cadre du parcours de soins.

L'ARS souhaiterait que les médecins libéraux portent une attention toute particulière sur les items suivants :

- Les dépistages de l'IRC, du diabète, de l'HTA, de l'IMC, du VIH
- Le suivi, du carnet de vaccination, de la réponse aux sollicitations de leurs patientèle concernée par les dépistages organisés des cancers du sein et colorectal
- Inciter les femmes de 40 à 50 ans, tranche d'âge non concernée par le DO à se faire dépister pour le cancer du sein.
- Faciliter le retour des certificats du 24^{ème} mois
- Augmenter le nombre de maître de stage

▪ Les pharmacies d'officine

La loi HPST consacre le rôle des pharmaciens :

Le premier rôle vise le conseil du pharmacien pour des patients dont l'état ne nécessite pas un diagnostic médical. Le second offre la possibilité aux patients atteints de pathologies chroniques, aux sorties d'hospitalisations et aux personnes âgées de choisir un pharmacien de coordination pour un suivi thérapeutique.

Les pharmaciens qui le souhaitent pourraient être en première ligne sur deux points particulièrement importants sur notre territoire :

- Le calcul de l'IMC et la mesure de la ceinture abdominale, indicateurs suffisants pour orienter une personne vers son médecin traitant
- La délivrance de la contraception d'urgence pour les mineures.

• Le pôle de compétence

Le pôle de compétence de Guadeloupe s'est constitué le 29 novembre 2010.

Il regroupe à ce jour 13 membres tels la CGSS, le rectorat, la DJSCS, l'IFSI, l'IUFM, l'UAG...

Le pôle de compétence a pour objectif d'encourager la professionnalisation des acteurs, le développement de partenariats, la pluridisciplinarité, l'intersectorialité et participer à une meilleure visibilité des acteurs et des actions. Il aura la charge de :

- mettre à jour le répertoire des acteurs de la prévention et de l'éducation thérapeutique,
- de réaliser le recueil des actions de prévention via le logiciel OSCARS,
- de constituer des bases de données des ressources de formateurs ou personnes compétentes pour l'accompagnement aux porteurs de projet.

- De proposer des formations s'appuyant sur les compétences de ses membres
- Les groupes experts
 - Mise en place d'une plate forme régionale de l'observation et de l'expertise
 - Constitution d'un groupe expert vaccination
 - Réactivation du Comité régional de la naissance

ACCOMPAGNEMENT DE LA PROFESSIONNALISATION DES ACTEURS:

- Pour les professionnels de santé
 - Développer l'offre et le nombre de professionnels formés à l'éducation thérapeutique du patient en s'appuyant sur l'université et sur l'IFSI : avec les groupes qualité, avec les pharmaciens à qui la loi HPST reconnaît la possibilité de répondre aux nouvelles demandes des patients avec des formations continues plus modernes et adaptées à l'équipe officinale.
 - En lien avec la CGSS, travailler sur le paiement d'un forfait pour abandon de clientèle pour suivre ses formations.
 - Organiser chaque année, un certain nombre d'EPU sur des thématiques prioritaires du PRS.
- Pour les associations
 - Organiser la formation via le guichet unique que pourrait être le CISS
 - Construire un programme de formation s'appuyant dans la mesure du possible sur les ressources le pôle de compétence pour les formations sur la conduite de projet et l'évaluation.
- Pour tout le monde
 - Par le biais d'appel à projet, développer une offre de formation par thématique sur les priorités du PRS tels les personnes âgées, la santé mentale, la diffusion des repères nutritionnels...

ACTIONS PAR THEMATIQUE

- En lien avec la CRALIM, poursuivre le travail enclenché en 2011 sur la teneur en sucre des produits laitiers et jus fabriqués localement
- Déployer l'outil « ECOLE CARAMBOLE » à toutes les classes de CM1 sur 4 ans
- Accompagner la mise en place du TROD en Guadeloupe
- Accompagner la mise en place du dépistage de l'audition
- Lancer un appel à projet « maladies chroniques » ayant trois objectifs :
 - Le premier d'inscrire les actions de prévention dans une démarche d'appel à projet
 - Le second de soutenir des actions en faveur des malades chroniques et leurs familles
 - Soutenir des actions de proximité portant sur les déterminants comportementaux et sociaux
- Lancer un appel à projet « vaccination » visant à réorganiser territorialement l'offre vaccinale
- Faire des points de communication sur certains sujets tels
 - Les AVC cote sous le vent et MGL
 - Dépistage du cancer du sein pour les femmes de 40 à 50 ans
 - Une grande campagne de communication sur une thématique prioritaire
 - Le statut drépanocytaire
- Soutenir et œuvrer à la réalisation des premières journées de la prévention des DFA en lien avec l'INPES et les ARS de Guyane et Martinique.
- Etude pour mettre en place une ligne dédiée aux appels d'urgence contraception, rapport à risque, dépistage et IVG

Annexe 6 La stratégie de déploiement territorial de l'éducation thérapeutique

 **Support** : Schéma de Prévention de Guadeloupe, Saint-Barthélemy et Saint-Martin

Fondements :

- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
 - Article L1161-1 et suivants du Code de la Santé Publique
 - Décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique
 - Haute Autorité de Santé, Recommandations sur l'éducation thérapeutique, Juin 2007
-

Définition, finalités :

- Selon l'OMS¹⁸, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées destinées à rendre les patients conscients et informés de leur maladie ; les aider à comprendre leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.
- Selon les termes de l'article L1161-1¹⁹ du Code de la Santé Publique, l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.
- **L'éducation thérapeutique s'intègre à la stratégie thérapeutique.** Les finalités assignées sont :
 - l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto soins
 - la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation
- **L'éducation thérapeutique doit être :**

¹⁸ Rapport OMS-Europe, publié en 1996, Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease

¹⁹ Voir article 84 HPST, dispositions relatives à l'éducation thérapeutique du patient

- structurée et systématique
 - centrée sur le patient, pluridisciplinaire, pluri professionnelle
 - accessible et transversale
 - organisée dans le temps et évaluable
-

Contexte régional :

➤ Epidémiologie :

Les pathologies nécessitant une observance sur le long terme sont d'ores et déjà très prégnantes sur le territoire. Sachant qu'elles ont tendance à augmenter avec l'âge et que les projections de l'INSEE indiquent un vieillissement important de la population en Guadeloupe, l'enjeu du développement de l'éducation thérapeutique est central.

Le nombre de personnes admises sur la liste des affections de longue durée (ALD) et qui justifieraient d'une inscription dans un programme d'ETP est élevé. Ce sont en effet plus de 80 000 bénéficiaires du régime général, soit près de 18 % de la population qui sont porteuses de maladies chroniques au 1^{er} juin 2010.

➤ L'offre existante :

A ce jour, l'ETP est proposée aux patients atteints de pathologies chroniques, et est dispensée actuellement en Guadeloupe sous 2 modes :

- Le **mode ambulatoire**, généralement porté par les réseaux de santé, et concerne principalement les patients et leurs familles confrontés à la maladie respiratoire (réseau asthme) ; hypertensive (réseau HTA Gwad) diabétique (réseau karudiabète).
- Le **mode hospitalier**, essentiellement en hospitalisation de jour (CHU) ou de semaine (CHBT), et relative à la prise en charge des patients diabétiques et à la rééducation du patient coronarien :
 1. hôpital de jour :
 - HDJ de diabétologie du CHU
 - unité du pied diabétique au CHU
 - HDJ des maladies infectieuses (IST dont le VIH) au CHU et CH Saint Martin
 - unité de rééducation cardio-vasculaire du centre hospitalier de la Basse-Terre
 2. hôpital de semaine :
 - service de diabétologie du centre hospitalier de la Basse-Terre

L'activité d'ETP des acteurs de l'ETP ne couvre pas tous les territoires. La médecine libérale semble en marge de la dynamique enclenchée sous l'impulsion des diabétologues hospitaliers, relayée par les réseaux de santé.

La connaissance et les niveaux de formation des acteurs sont imparfaits ou inégaux.

Aucune fenêtre de dépôt de demandes d'autorisation n'a été ouverte par l'ARS depuis l'entrée en vigueur du nouveau régime d'autorisation. La CNAM est en voie de procéder à une codification des actes tant en T2A qu'en actes de professionnels libéraux. Ces rémunérations entraîneront nécessairement un repositionnement de l'offre.

La coordination qu'exercent les réseaux par pathologie devra tendre vers une mutualisation des moyens. Plus de 60% des malades chroniques sont porteurs d'au moins deux affections. L'identification d'une structure unique poly pathologies pourrait faciliter le développement de l'ETP dans les pratiques des professionnels de santé de 1^{er} recours.

➤ **Enjeux :**

- **Lutter contre les inégalités d'accès à l'ETP**
- **Disposer pour chaque territoire, d'un centre de référence hospitalier couvrant l'ensemble des pathologies nécessitant une éducation thérapeutique, relayé en ville par les professionnels de santé libéraux.**

Contexte réglementaire : Les programmes d'éducation thérapeutique sont autorisés par le DG de l'ARS:

- Selon les termes de l'article L1161-2 du Code de la Santé Publique, les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.
- Les programmes sont **coordonnés** par un médecin, par un autre professionnel de santé ou un représentant dûment mandaté d'une association agréée au titre de l'article L1114-1. Un programme doit être mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes.
- L'**autorisation** (renouvelable) est délivrée pour une durée de quatre ans par le DGARS à la condition de contenir les informations suivantes :
 - les objectifs du programme et ses modalités d'organisation
 - les effectifs et la qualification du coordonnateur ainsi que celle des personnels intervenants
 - la population concernée
 - les sources prévisionnelles de financement



Objectif général de l'éducation thérapeutique

Permettre un développement structuré de l'ETP dans les trois territoires qui soit lisible et financièrement soutenable



Les Axes de développement de l'ETP :

AXE 1 - Structurer, réguler l'offre d'ETP, en veillant à la complémentarité entre les secteurs ambulatoire et hospitalier :

- **ACTION 1 : Mettre en place et hiérarchiser une organisation par territoire :**
 - Identifier 1 structure de référence poly pathologies par territoire
 - Prendre en compte l'ETP en faveur du patient transplanté rénal pour diminuer le risque de morbidité et de rejet du greffon
 - Organiser l'offre de proximité pour une bonne accessibilité des personnes reposant si possible sur des structures d'appui (réseaux, maisons de santé, professionnels du 1^{er} recours...) ,
 - rechercher les domaines de mutualisation entre structures d'appui
 - S'assurer la collaboration du médecin traitant à la réalisation du programme
- **ACTION 2 : Mettre en place une coordination territoriale de l'ETP**
 - Elle est assurée par le centre de référence du territoire concerné
 - Elle est facilitée par des outils de coopération à développer
- **ACTION 3 : Assurer la régulation de l'offre en ETP**
 - Mission qui revient à l'ARS avec le concours le cas échéant du comité scientifique du PRS

AXE 2 : Disposer de professionnels compétents en ETP :

- **ACTION 4 : développer une offre de formation adaptée aux besoins**
 - Communiquer sur les actions de sensibilisation, l'offre effective par niveau de formation (1 ou 2)
 - Former les PS de proximité
 - Encourager les formations pluridisciplinaires
- **ACTION 5 : Prendre appui sur le pôle régional de compétence**
 - Le pôle recense les PS formés
 - Le pôle établit un annuaire des formateurs potentiels
 - Le pôle met à la disposition des territoires les ressources, compétences et outils nécessaires en ETP

AXE 1 : PROPOSITIONS D'ORGANISATION ET DECLINAISON TERRITORIALES

Le médecin traitant doit progressivement prendre sa place et être « la porte d'entrée » de cette modalité de prise en charge, les établissements hospitaliers constituant des centres de recours ;

ACTION 1 : Mettre en place et hiérarchiser une organisation par territoire :

1. S'agissant du Territoire Centre :

1-1 Organisation territoriale :

Un centre de référence {CHU} pour tous les acteurs de l'ETP {réseaux de santé, cliniques, médecine libérale}

1-2 Premier niveau :

ETP à l'hôpital

Et Centre de référence (Unité d'éducation thérapeutique et de prise en charge du pied diabétique), chargé de la coordination de l'ETP sur le territoire Centre ;

→ Niveaux de services et missions attendues :

- ETP initiale et de suivi pour les prises en charge lourdes et spécialisées (dont les transplantés rénaux) et les pathologies rares (drépanocytose par exemple)
- Formation initiale des acteurs de l'ETP (sensibilisation et niveau 1) en collaboration avec l'unité de semaine du CHBT
- Animation, coordination des acteurs : organisation de séminaires, de rencontres régulières, de réunions d'échanges sur le fonctionnement de chaque unité, leurs éventuelles difficultés de fonctionnement. Centre de ressources, conseils méthodologiques aux équipes
- Formation continue : organisation de RCP pluridisciplinaires de la prévention
- Recherche clinique en ETP
- Elaboration du cahier des charges des unités d'ETP et avis sur les créations nouvelles sur le territoire. Garantir la qualité des programmes selon les recommandations de l'HAS
- Evaluation.

→ Indicateurs de suivi :

- Nombre de prises en charge de patients
- Nombre de programmes développés
- Nombre de programmes financés par l'ARS
- Nombre d'actions de formation
- Nombre d'actions de coordination
- Nombre de RCP pluridisciplinaires de prévention réalisés

→ Financement :

- MIG dédiée ou autres modes de financements réglementaires à venir

1.3 Deuxième niveau : ETP de 2^{ème} intention via les réseaux de santé référents pour l'ETP de proximité, les hôpitaux de proximité - les cliniques privées -

→ Les réseaux, niveaux de services et missions attendues :

- ETP de proximité pour les pathologies complexes (pluri pathologies, complications médicales, et/ou psychosociales)

- Possibilité de se déplacer vers le patient (structure itinérante)
- Ils couvrent en particulier les besoins dans les îles dépourvues de structure hospitalière (La Désirade)
- Thématiques: IST dont VIH, asthme, Diabète de type 2, HTA, obésité de l'enfant, hépatites C

➔ **Les cliniques privées, les hôpitaux de proximité, niveaux de services et missions attendues :**

- ETP en hôpital de semaine pour les pathologies complexes (pluri pathologies, complications médicales, et/ou psychosociales)
- Thématiques : obésité, obésité et HTA, obésité et diabète, rhumatismes inflammatoires chroniques.

➔ **Les indicateurs de suivi :**

- Nombre de patients pris en charge
- Nombre de programmes développés

➔ **Les financements :**

- FIR

1.4 Troisième niveau : ETP de 1^{ère} intention via la médecine libérale, la médecine générale et les professionnels de 1^{er} recours, secteur médico-social :

➔ **Niveaux de services et missions attendues :** Malades chroniques non compliqués, stabilisés, forte implication du médecin traitant, pluri- disciplinarité, inscription du patient par le médecin traitant

⇨ **Les maisons de santé:**

- ETP initiale et ETP de suivi
- Pluridisciplinaire, pluri professionnelle (MG et paramédicaux)
- Implantations recherchées (Nord Grande Terre, Nord Basse-Terre)

⇨ **Les cabinets médicaux:**

- ETP de suivi
- Binôme Médecin-IDE, médecin-autre professionnel de santé.
- Toutes spécialités.

➔ **Indicateurs de suivi :**

- Nombre de programmes développés
- Nombre de patients pris en charge

➔ **Les financements :**

- A définir en lien avec la CGSS

2. S'agissant du Territoire Sud Basse-Terre :

2.1 Organisation territoriale :

Un cahier des charges (intégrant les recommandations de l'HAS) prévoyant une organisation territoriale fondée sur un site référent {CHBT}, des sites orientés ou de proximité, les réseaux de santé / structures de proximité.

2.2 Premier niveau : le centre de référence, CHBT

→ Niveaux de services et missions attendues :

- L'Unité d'Education du Diabétique en hospitalisation de semaine
- L'école du cœur intégrant plusieurs thématiques pour l'ET du patient « cardiaque » :
 - × L'UEIC : Unité d'Education sur l'Insuffisance Cardiaque, (prise en charge pluridisciplinaire sur 48H en ateliers les insuffisants cardiaques sévères, qui pour certains continueront à être pris en charge sur 20 jours en URCV, Unité de Rééducation Cardiaque)
 - × Cliniques des anticoagulants : éducation thérapeutiques des patients sous AVK, (première cause de morbi mortalité iatrogène)
 - × Education de l'Hypertendu : en partenariat avec le réseau HTA-GWAD, (convention signée entre le CHBT et le réseau HTA-GWAD), avec le PEA : Programme d'Education à l'Auto mesure), et le PET : Programme d'Education Thérapeutique, (sur 9 mois)
 - × L'Unité de Tabacologie, agrément ministériel.

Dans certains établissements de santé ces diverses structures sont regroupées en UTET : Unité Transversale en Education Thérapeutique, avec un médecin et un cadre référents.

→ Indicateurs de suivi :

- Nombre de prises en charge
- Nombre de programmes développés
- nombre d'actions de formation
- nombre d'actions de coordination

→ Financement :

- MIG et T2A dédiées

2.3 Deuxième niveau : ETP de 2^{ème} intention via les Sites orientés, les hôpitaux de proximité, les réseaux de santé, les cliniques privées

→ Niveaux de services et missions attendues :

- Développement de l'éducation thérapeutique par les structures hospitalières (sites CH de Capesterre, Beaulieu/Selbonne, cliniques privées²⁰)
- ETP de proximité pour les pathologies complexes (pluri pathologies, complications médicales et/ou psychosociales)
- Possibilité de se déplacer vers le patient (structure itinérante)
- Les réseaux de santé couvrent en particulier les besoins dans les îles dépourvues de structure hospitalière (Les Saintes)

²⁰ Eviter de multiplier les programmes et modalités, dans un souci d'évaluation future de cette ETP

- Thématiques : IST dont VIH, asthme, diabète de type 2, HTA, obésité de l'enfant, hépatites C
- Relais ville-hôpital (prise en charge initiale réalisée en milieu hospitalier poursuivie en externe)

➔ **Les indicateurs de suivi :**

- Nombre de patients pris en charge
- Nombre de programmes développés

➔ **Les financements :**

- FNPEIS, FIQCS

2.4 Troisième niveau : ETP de 1^{ère} intention via les professionnels de 1^{er} recours et la médecine libérale

➔ **Niveaux de services et missions attendues :**

- ETP de proximité : Malades chroniques non compliqués, stabilisés, forte implication du médecin traitant, pluri- disciplinarité, inscription du patient par le médecin traitant
- Implantation : Côte sous le vent et Capesterre Belle Eau
- Expertise sur le terrain avec du personnel « vacataire » formé à l'ETP

➔ **Indicateurs de suivi :**

- Nombre de programmes développés
- Nombre de patients pris en charge

➔ **Les financements :**

- A définir en lien avec la CGSS

2.5 Coopérations attendues entre les structures

- Echanges, formalisation de partenariats
- Renforcement de la formation des professionnels de santé en ETP (niveau 2 à atteindre pour les professionnels réalisant les séances sur le terrain)
- Participer à l'accompagnement du patient de plus de 18 ans, grâce à un outil « SOPHIA » en expérimentation (diabète) dont la promotion est assurée par l'assurance maladie (crédits FNPEIS) - nombre d'adhésions de patients diabétiques à la plate forme téléphonique

3- S'agissant du Territoire des Iles du Nord :

- Pour l'île de Saint-Martin :
 - 1 centre hospitalier en lien avec les centres de référence, compétent pour les 2 COM
 - 1 offre de proximité de 2^{ème} niveau, relayée par les réseaux de santé du territoire de l'ARS
 - 1 offre de proximité de 3^{ème} niveau développée par les professionnels de 1^{er} recours

- Pour l'île de Saint-Barthélemy :
 - 1 centre hospitalier (Bruyn), en lien avec le centre hospitalier de Saint Martin.
 - une offre de proximité de 2^{ème} niveau relayée par les réseaux de santé du territoire de l'ARS
 - 1 offre de proximité de 3^{ème} niveau développée par les professionnels de 1^{er} recours

ACTION 2 : Mettre en place une coordination territoriale de l'ETP

- Elle est garantie par le centre de référence du territoire concerné en lien avec les éducateurs de proximité
- Les missions du centre sont décrites plus précisément ci-dessus. Elle aide à la gestion des parcours de soins des patients
- Dans le cas où la ressource est rare, et disponible dans un seul territoire, le centre qui détient celle-ci organise l'ETP pour toute la région (exemple de la drépanocytose, le pied diabétique ou la rééducation cardio-vasculaire...)
- Le centre participe à la formation des PS
- Compte-tenu de l'absence de structures hospitalières aux Saintes et la Désirade, les réseaux de santé devront organiser la desserte des patients en lien avec les centres de référence.
- Pourront y être intégrés les pharmaciens d'officine sensibilisés ou formés comme le permet l'article L 1411-11 du CSP
- Elle est facilitée par des outils de coopération à développer : système d'information, guide, SOPHIA (système d'accompagnement des malades chroniques)
- Indicateurs de suivi :
 - nombre d'éducateurs ayant été accompagnés
 - actions de coordination des acteurs
 - nombre d'outils développés
 - typologie des outils développés

ACTION 3 : Assurer la régulation de l'offre en ETP

- Mission qui revient à l'ARS avec le concours le cas échéant du comité scientifique du PRS
- Moyen : autorisation des programmes d'ETP par le DG de l'ARS
- La décision d'autorisation ne vaut pas financement

- Indicateurs de suivi :
 - nombre de demandes et nombre de programmes autorisés
 - comptabilisation des programmes par thèmes traités
 - motifs de refus/motifs d'acceptation

AXE 2 : DISPOSER DE PROFESSIONNELS COMPETENTS EN ETP :

ACTION 4 : développer une offre de formation adaptée aux besoins

- Communiquer sur les actions de sensibilisation, sur l'offre par niveau de formation (1 ou 2)
- Former les PS de proximité :
 - **La formation initiale :**
 - intégrer l'ETP aux enseignements théoriques des professionnels paramédicaux en formation
 - intégrer l'ETP à la formation des médecins lors des stages hospitaliers de deuxième et de troisième cycle
 - **La formation continue :**
 - Actions de sensibilisation pour tous les professionnels de santé
 - niveau 1 : 40 heures - minimum requis pour les soignants qui veulent s'engager dans une démarche éducative
 - niveau 2 : 80 heures pour ceux qui coordonnent les programmes, formant des soignants éducateurs - DU
 - à inscrire dans les thèmes prioritaires de la formation continue des différents professionnels de santé
 - thèmes à développer dans les groupes qualités des médecins
- Encourager les formations pluridisciplinaires réunissant différents professionnels de santé exerçant dans un même territoire favorisant le développement des dynamiques interdisciplinaires et intersectorielles
- Indicateurs de suivi :
 - nombre de professionnels formés par niveau
 - nombre de séances des groupes qualités consacrées à l'ETP
 - thèmes développés ?
 - nombre des programmes de FC comportant des thèmes relatifs à l'ETP

ACTION 5 : Prendre appui sur le pôle régional de compétence

- Le pôle recense les PS formés
- Le pôle établit un annuaire des formateurs potentiels
- Le pôle met à la disposition des territoires les ressources, compétences et outils nécessaires en ETP

- Assure la formation des associations de patients en lien avec le CISS
- Participe à l'amélioration de la qualité des formations
- Participe à l'évaluation des pratiques en lien avec le centre de référence
- Indicateurs de suivi :
 - Production d'un annuaire
 - nombre de formations
 - nombre d'offres de formations
 - rapport d'activité
 - nombre de séances d'accompagnement