



*Liberté • Égalité • Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFECTURE DE LA  
GUADELOUPE

RECUEIL DES ACTES  
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL  
N°971-2018-025

PUBLIÉ LE 5 AVRIL 2018

# Sommaire

## ARS

971-2018-04-05-002 - Avis de consultation PRS 2ème génération (2 pages)	Page 3
971-2018-04-05-003 - PROJET REGIONAL DE SANTE 2ème génération (Cadre d'Orientation Stratégique (COS)) Annexe de l'avis de consultation du PRS 2ème génération (22 pages)	Page 6
971-2018-04-05-004 - PROJET REGIONAL DE SANTE 2ème génération (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les personnes vulnérables (PRAPS)) Annexe de l'avis de consultation du PRS 2ème génération (48 pages)	Page 29
971-2018-04-05-001 - PROJET REGIONAL DE SANTE 2ème génération (Schéma Régional de Santé (SRS)) Annexe de l'avis de consultation du PRS 2ème génération (217 pages)	Page 78

ARS

971-2018-04-05-002

## Avis de consultation PRS 2ème génération

*Avis de consultation du Projet Régional de Santé 2ème génération*

# Avis de consultation du Projet Régional de Santé de Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy

*Article R.1434-1 du Code de la Santé Publique*

## 1. EMETTEUR DE L'AVIS DE CONSULTATION

Agence Régionale de Santé de Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy  
Rue des Archives  
Bisdary  
97113 GOURBEYRE

## 2. OBJET DE LA CONSULTATION

Conformément à l'article R.1434-1 du Code de la Santé Publique et à la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 158), le Projet Régional de Santé de Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy fait l'objet, avant son adoption, d'une publication sous forme électronique. La Conférence de la Santé et de l'Autonomie, le représentant de l'Etat dans la Région, les collectivités territoriales et le Conseil de Surveillance de l'Agence de Santé disposent de trois mois pour transmettre leur avis à l'Agence Régionale de Santé, à compter de la publication de l'avis de consultation sur le Projet Régional de Santé au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de Guadeloupe.

## 3. NATURE DU DOCUMENT PUBLIE

### 3.1. Composition du document publié

Le document publié est le Projet Régional de Santé dans son intégralité.  
Il est composé des documents suivants :

- Le Cadre d'Orientation Stratégique (COS) ;
- Le Schéma Régional de Santé (SRS) ;
- Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les personnes vulnérables (PRAPS).

### 3.2. Statut du document publié

Le Projet Régional de Santé, ainsi publié avant son adoption, sera arrêté par la Directrice Générale de l'ARS après expiration du délai de consultation (3 mois), et après intégration éventuelle des observations, remarques ou propositions accompagnant les avis reçus avant son expiration.

#### 4. AUTORITES CONSULTEES

Conformément à l'article R.1434-1 et à la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (article 158), les autorités concernées par la présente consultation sont :

- La Conférence de la Santé et de l'Autonomie (CSA) ;
- Le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA)
- Le Préfet de Région ;
- Le Conseil Régional ;
- Le Conseil Départemental ;
- Les Collectivités territoriales de la Région :
  - . la Collectivité Territoriale de Saint-Martin
  - . la Collectivité Territoriale de Saint-Barthélemy
  - . les Communautés d'agglomération
  - . l'Association des maires
- Le Conseil de Surveillance de l'Agence Régionale de Santé.

L'avis des collectivités territoriales prend la forme d'une délibération.

#### 5. DELAI DE CONSULTATION

En application de l'article R.1434-1 relatif à la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (article 158), à compter de la publication du présent avis de consultation au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de Guadeloupe, les autorités consultées disposent de trois mois pour transmettre leur avis à l'Agence Régionale de Santé.

#### 6. MODALITES D'ACCES AU DOCUMENT

Les documents composant le Projet Régional de Santé sont consultables sur le site Internet de l'ARS à l'adresse suivante : <https://www.guadeloupe.ars.sante.fr/>

#### 7. PROCEDURE DE TRANSMISSION DES AVIS

La Conférence de la Santé et de l'Autonomie, le Préfet de Région, les Collectivités territoriales de Saint- Martin et de Saint-Barthélemy, les Communautés d'agglomération, l'association des maires et le Conseil de Surveillance de l'Agence Régionale de Santé transmettent leur avis (éventuellement accompagnés de toute observation, remarque ou proposition) aux adresses suivantes :

- Sous forme électronique à l'adresse :  
[ARS971-PRS2@ars.sante.fr](mailto:ARS971-PRS2@ars.sante.fr)

ou

- Par courrier adressé à :

Madame la Directrice Générale  
Agence Régionale de Santé de Guadeloupe  
Rue des Archives  
Bisdary  
97113 GOURBEYRE

Fait à Gourbeyre, le - 5 AVR. 2018

La Directrice Générale

  
Valérie DENUX

La Directrice  
Générale  
de l'Agence Régionale de Santé  
de Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy

ARS

971-2018-04-05-003

**PROJET REGIONAL DE SANTE 2ème génération  
(Cadre d'Orientation Stratégique (COS))**

**Annexe de l'avis de consultation du PRS 2ème génération**

*PROJET REGIONAL DE SANTE 2ème génération*

*(Cadre d'Orientation Stratégique (COS))*

*Annexe de l'avis de consultation du PRS 2ème génération*

# Projet de Santé Guadeloupe, Saint-Martin, Saint- Barthélemy

## Cadre d'Orientation Stratégique (COS)

2018-2028



## Sommaire

<b>EDITO .....</b>	<b>3</b>
<b>LES ENJEUX ET LES DEFIS A RELEVER POUR LA GUADELOUPE ET LES DEUX COLLECTIVITES D'OUTRE-MER DE SAINT-MARTIN ET SAINT-BARTHELEMY .....</b>	<b>5</b>
DES DYNAMIQUES SOCIETALES ET ENVIRONNEMENTALES IMPACTANTES.....	5
▶ <i>Des risques liés au contexte géographique et climatique .....</i>	5
▶ <i>Une population jeune mais un vieillissement démographique accéléré et une croissance du nombre de personnes en perte d'autonomie à anticiper.....</i>	5
▶ <i>Une précarité de la population qui génère des tensions financières pour les financeurs de l'aide et de l'action sociale.....</i>	6
DES QUESTIONS DE SANTE SPECIFIQUES QUI PERDURENT EN DEBIT D'UN GAIN D'ESPERANCE DE VIE.....	6
▶ <i>Une mortalité prématurée (avant 65 ans) qui baisse sur les 10 dernières années mais reste élevée. 6</i>	6
▶ <i>Le poids majeur des maladies chroniques, notamment celles liées aux comportements et aux conditions de vie (diabète, HTA, maladies cardiovasculaires, AVC) .....</i>	7
▶ <i>Le poids des maladies tropicales et infectieuses avec un impact fort des transmissions vectorielles. 8</i>	8
▶ <i>Le poids de la mortalité par causes externes .....</i>	8
DES DIFFICULTES PARTICULIERES LIEES A L'OFFRE DE SANTE .....	8
▶ <i>Une démographie médicale fragile .....</i>	8
▶ <i>Un retard d'équipement médico-social.....</i>	9
▶ <i>Une offre hospitalière en tension .....</i>	9
▶ <i>L'impact des aléas sur l'offre de soins .....</i>	9
4 DEFIS PRIORITAIRES A RELEVER POUR LA GUADELOUPE ET LES ILES DE SAINT-MARTIN ET SAINT-BARTHELEMY .....	10
▶ <i>1- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé qui génèrent notamment une mortalité prématurée .....</i>	10
▶ <i>2- Accompagner la transformation du système de santé et des pratiques de chacun aux évolutions technologiques et aux innovations.....</i>	10
▶ <i>3- Promouvoir le bien vieillir, prévenir la perte d'autonomie et accompagner le vieillissement.....</i>	11
▶ <i>4- Améliorer la couverture territoriale, la coordination, l'efficience et les parcours de santé .....</i>	11
<b>LES ORIENTATIONS REGIONALES.....</b>	<b>12</b>
1 - DEVELOPPER UNE OFFRE POUR TOUS TOURNEE VERS LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE.....	12
2 - FAVORISER UNE OFFRE DE SANTE SOUTENANT LES SOINS DE PROXIMITE POUR REDUIRE LES INEGALITES D'ACCES .....	13
3 - RENFORCER LA PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE ET LES INNOVATIONS EN VUE DE GARANTIR LA QUALITE, LA SECURITE DES SOINS ET L'EFFICIENCE DES PRISES EN CHARGE .....	15
4 - CREER LES CONDITIONS D'UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA SANTE ET AMELIORER LA VEILLE, L'EVALUATION ET LA GESTION DES CRISES SANITAIRES .....	17
5 - COORDONNER L'ENSEMBLE DES ACTEURS AUTOUR DE PARCOURS DE SANTE PRIORITAIRES .....	19
6 - ASSURER LE DEVELOPPEMENT D'UNE CULTURE DE DIALOGUE CITOYEN POUR RENFORCER LA DEMOCRATIE EN SANTE ET ACCOMPAGNER L'ENGAGEMENT DES HABITANTS EN FAVEUR DE LEUR SANTE .....	20
7 - RENFORCER LA COOPERATION REGIONALE CARIBEENNE (NOTAMMENT ENTRE DOM ET COM).....	21
LES RESULTATS ATTENDUS A 10 ANS.....	22



Le Projet Régional de Santé de deuxième génération va constituer le document de référence en matière de santé pour l'agence et pour l'ensemble de la région Guadeloupe, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy.

Il permettra de prendre en compte les principaux enjeux de notre système de santé qui consisteront à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, répondre aux besoins des personnes par une approche décloisonnée, associer les professionnels et les usagers à l'élaboration et au suivi des actions, et à mieux gérer les ressources mises à disposition de manière efficiente.

L'élaboration de ce nouveau document de planification intervient dans un contexte national en évolution. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a en effet redéfini le contenu du Projet Régional de Santé, qui est composé désormais de trois documents :

- Un Cadre d'Orientation Stratégique (COS), fixant les grands objectifs à atteindre d'ici 10 ans,
- Un Schéma Régional de Santé (SRS), plus opérationnel, définissant des priorités d'actions pour les 5 prochaines années,
- Un Programme Régional d'accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS).

Cet ensemble de documents définit la mise en œuvre des priorités de santé dans la région.

L'évaluation du PRS de 1<sup>ère</sup> génération, qui s'est appuyé à la fois sur des éléments de diagnostic actualisés proposés par l'Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe (ORSAG), ainsi que sur les travaux réalisés pendant plusieurs mois dans le cadre de la déclinaison de la Stratégie de Santé pour les Outre-mer a mis en valeur 4 défis qui seront à relever :

1. Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et la mortalité prématurée
2. Accompagner la transformation du système de santé et des pratiques de chacun aux évolutions technologiques et aux innovations
3. Promouvoir le bien vieillir, prévenir la perte d'autonomie et accompagner le vieillissement
4. Améliorer la couverture territoriale, la coordination, l'efficacité et les parcours de santé

Des groupes de travail partenariaux composés à la fois de l'assurance maladie, des URPS, des syndicats de médecins, des élus, des agents de l'agence, des usagers, des personnels du monde hospitalier, etc... ont été organisés tout au long de l'année 2017 et au début de l'année 2018 pour élaborer des propositions stratégiques afin de répondre à ces défis qui vont se décliner autour de sept orientations pour la Guadeloupe, Saint Martin et Saint Barthélemy à mettre en œuvre sur les dix prochaines années:

1. *Développer une offre pour tous tournée vers la prévention et la promotion de la santé*
2. *Favoriser une offre de santé soutenant les soins de proximité pour réduire les inégalités d'accès*
3. *Renforcer la performance du système de santé et les innovations en vue de garantir la qualité, la sécurité des soins et l'efficacité des prises en charge*
4. *Créer les conditions d'un environnement favorable à la santé en vue de garantir la qualité, la sécurité des soins et l'efficacité des prises en charge*
5. *Coordonner l'ensemble des acteurs autour de parcours de santé prioritaires*
6. *Assurer le développement d'une culture de dialogue citoyen pour renforcer la démocratie en santé*
7. *Renforcer la coopération DOM / COM et la coopération caribéenne*

Ces 7 orientations stratégiques devraient permettre de relever les défis auxquels la Guadeloupe, et les îles de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy sont aujourd'hui confrontées, en visant les résultats suivants :

- Une diminution du risque de mortalité prématurée et une réduction de la mortalité infantile

- Une baisse des complications des maladies chroniques (pied diabétique et amputations, retard dans le dépistage du cancer, obésité, maladies cardio-vasculaires)
- Des risques sanitaires et environnementaux (maladies vectorielles etc.) maîtrisés
- Un accès équitable aux soins et à la prévention, quelle que soit sa situation géographique ou sociale
- Des prises en charge pluridisciplinaires et coordonnées autour des personnes, notamment les plus fragiles.

D'autre part, une déclinaison opérationnelle de ces orientations stratégiques sera incluse dans le Schéma Régional de Santé, déclinée là aussi en orientations :

1. Développer une offre pour tous tournée vers la prévention et la promotion de la santé
2. Favoriser une offre de santé soutenant les soins de proximité pour réduire les inégalités d'accès
3. Renforcer la performance du système de santé et les innovations en vue de garantir la qualité, la sécurité des soins et l'efficacité des prises en charge
4. Assurer la structuration des parcours de santé prioritaires
5. Créer les conditions d'un environnement favorable à la santé et améliorer la veille et la gestion des crises et des catastrophes sanitaires
6. Assurer le développement d'une culture de dialogue citoyen pour renforcer la démocratie en santé et accompagner l'engagement des habitants en faveur de leur santé
7. Renforcer la coopération régionale caribéenne

L'ensemble de ces objectifs qui feront l'objet d'une déclinaison en actions, concerne également les personnes les plus démunies et éloignées du système de santé et trouveront une déclinaison opérationnelle dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS).

Des objectifs dédiés à Saint-Martin et Saint-Barthélemy, s'appuyant sur un bilan des actions de ces dernières années et tenant compte de l'impératif de reconstruction de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale suite aux ouragans Irma et Maria, ont été définis et guideront l'intervention de l'ARS et de ses partenaires d'ici 2023.

Il est à noter aussi que, suite à l'incendie du CHU de Guadeloupe en novembre 2017, une réorganisation de l'offre de soins sur le territoire sera mise en place. Elle sera l'occasion de préparer la place du nouveau CHU dans le réseau des établissements et des services de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Enfin, l'ensemble de ces documents devra faire l'objet d'une appropriation par les usagers du système de santé guadeloupéen mais également de l'ensemble de la population afin que tous ensemble nous puissions garantir l'avenir et faire de la santé un facteur de la vie quotidienne.

# LES ENJEUX ET LES DEFIS A RELEVER POUR LA GUADELOUPE ET LES DEUX COLLECTIVITES D'OUTRE- MER DE SAINT-MARTIN ET SAINT-BARTHELEMY

La Guadeloupe ainsi que la COM (collectivité d'outre-mer) de Saint-Martin et, dans une moindre mesure, la COM de Saint-Barthélemy, connaissent des contextes défavorables en matière de santé par rapport à l'hexagone ; du fait de problématiques de santé spécifiques (progression des maladies chroniques ; forte mortalité prématurée ; haut niveau de mortalité infantile ; maladies vectorielles, ...) et/ou de limites structurelles qui touchent l'offre de santé (faible densité médicale, faible développement de l'offre d'accueil et de prise en charge de certains publics, notamment les personnes en situation de handicap, etc.). L'étude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe (ORSAG ; août 2017) relatif aux « déterminants et indicateurs de santé en Guadeloupe, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy », document de référence comparant l'évolution des indicateurs de santé entre 2006-2008 et 2012-2014, confirme ce contexte sensible qui se retrouve, en partie, dans les principaux défis présentés ci-après.

## Des dynamiques sociétales et environnementales impactantes

### ► Des risques liés au contexte géographique et climatique

Le territoire connaît des **configurations géographiques différenciées, créant des inégalités territoriales dans l'accès aux soins**, notamment dans l'archipel guadeloupéen avec des collectivités parfois en situation de triple insularité, situation complexifiée par la présence (en proximité) d'Etats connaissant des situations d'extrême précarité qui favorisent l'immigration (Haïti et République Dominicaine, tout particulièrement à Saint-Martin).

Il convient d'ajouter, pour Saint-Martin (36 000 habitants) que le découpage de l'île entre deux collectivités, l'une rattachée à la France, et l'autre autonome (avec un lien avec les Pays-Bas) qui dispose d'un plus faible niveau de protection sociale, génère une attractivité de la partie française (essentiellement l'hôpital et la PMI), et interroge sur la pérennité de cette situation, notamment au regard des moyens financiers (pas de contreparties financières entre les deux territoires).

Par ailleurs, il faut noter que la zone est particulièrement sensible aux **risques naturels extrêmes** tels que : cyclones, séismes, inondations, éruptions volcaniques, mais également invasion des côtes par les sargasses, ...

En outre, la Guadeloupe est le théâtre de spécificités climatiques : par exemple, la température moyenne a une influence directe sur le développement d'amibes pathogènes (*Naegleria fowleri*) dans les eaux de baignades en rivière (la distribution de l'eau potable bénéficie d'une dérogation à la réglementation pour sa température de distribution).

### ► Une population jeune mais un vieillissement démographique accéléré et une croissance du nombre de personnes en perte d'autonomie à anticiper

Aujourd'hui, la Guadeloupe, et singulièrement Saint-Martin, ont une population qui reste relativement jeune. Toutefois le territoire, bien qu'en situation de faible décroissance démographique (entre 2009 et 2014, la

population guadeloupéenne baisse de 0,1% par an, soit 1367 habitants de moins)<sup>1</sup> connaît un **vieillessement accéléré** (progression des effectifs des personnes âgées de plus de 75 ans : +3,8% par an, contre +1,8% dans l'hexagone) ce qui la conduira à devenir, en 2040, le 3<sup>ème</sup> département le plus âgé de France, après la Corse et la Martinique. En 2013, la Guadeloupe comptait 54 seniors pour 100 jeunes ; en 2030, cette proportion serait de 134 seniors pour 100 jeunes.<sup>2</sup>

Ce virage démographique doit être anticipé, tout en maintenant les interventions en faveur de la jeunesse qui reste un public cible prioritaire, notamment au regard de sa précarité.

► **Une précarité de la population qui génère des tensions financières pour les financeurs de l'aide et de l'action sociale**

La **précarité** d'un grand nombre de résidents guadeloupéens et de Saint-Martin est une réalité qui se traduit, par exemple, par un revenu moyen déclaré inférieur de moitié à celui de la France métropolitaine : le taux de ménages allocataires avoisine les 70% (69,9%, toutes allocations confondues), alors qu'en métropole, ce taux est inférieur à 55% (53,3 %). De plus, 28,6% des ménages sont allocataires du RSA (versus 8.6% dans l'hexagone)<sup>3</sup>. Cette précarité est, par ailleurs, accentuée par le poids des familles monoparentales, deux fois plus élevé qu'au niveau national, associé à un taux élevé d'allocataires de prestations sociales (3<sup>ème</sup> rang des régions françaises). Enfin 25% des Guadeloupéens sont en situation d'illettrisme<sup>4</sup>.

Dans ce contexte, des tensions financières pour les financeurs de l'aide et de l'action sociale se font jour, notamment du fait du poids croissant du RSA ou encore de l'APA et de l'aide sociale départementale pour les EHPAD par exemple. Il faut par ailleurs noter d'importants surcoûts pour les opérateurs des politiques de santé et de l'action médicosociale et sociale : coût de la vie, coût du foncier, surcoûts des investissements, etc.

## Des questions de santé spécifiques qui perdurent en dépit d'un gain d'espérance de vie

► **Une mortalité prématurée (avant 65 ans) qui baisse sur les 10 dernières années mais reste élevée**

On compte 239 décès pour 100 000 habitants contre 193 dans l'hexagone<sup>5</sup>, ce qui fait de la Guadeloupe la **3ème région de France en termes de surmortalité prématurée**, après les Hauts-de-France et la Guyane<sup>6</sup>. Sur la dernière période (2008-2013), près de trois décès sur dix (27,9 %) ont concerné des personnes âgées de moins de 65 ans, soit 803 décès prématurés en moyenne par an<sup>7</sup>.

<sup>1</sup> Recensement de la population de Guadeloupe au 1<sup>er</sup> janvier 2014, Insee, janvier 2017

<sup>2</sup> Insee, Omphale 2017.

<sup>3</sup> Déterminants et indicateurs de santé en Guadeloupe, Orsag, Août 2017

<sup>4</sup> Insee Guadeloupe n°60 : l'illettrisme, un problème préoccupant en Guadeloupe, Juin 2010

<sup>5</sup> Etat de santé de la population en France 2017, DREES 2017. Déterminants et indicateurs de santé en Guadeloupe, Orsag, Aout 2017.

<sup>6</sup> Etat de santé de la population en France 2017, DREES, 2017

<sup>7</sup> Déterminants et indicateurs de santé en Guadeloupe, Orsag, Aout 2017

De la période 2001-2007 à la période 2008-2013, les taux de mortalité prématurée ont baissé significativement dans le Nord Basse-Terre, à Marie-Galante, sur le territoire de Cap Excellence mais également pour l'ensemble de la Guadeloupe. Ainsi, le taux de mortalité prématurée pour 100 000 habitants âgés de moins de 65 ans est passé de 261 sur la période 2001-2007 à 239 sur la période 2008-2013.

**Cependant, la mortalité infantile reste encore très élevée** sur le territoire, avec 7,1 décès pour mille naissances<sup>8</sup>. Le différentiel de mortalité infantile est surtout marqué dans la période néo-natale précoce. La grande prévalence des maladies chroniques semble impacter le bon déroulement des grossesses et des naissances. Ainsi, des 127 décès périnataux enregistrés en 2015, on estime que 37% pourraient être évités notamment par un meilleur suivi des grossesses.

► **Le poids majeur des maladies chroniques, notamment celles liées aux comportements et aux conditions de vie (diabète, HTA, maladies cardiovasculaires, AVC)**

Avec 11% d'adultes de plus de 16 ans concernés<sup>9</sup> et 8.1% de la population sous traitement, la Guadeloupe est, au niveau national, la deuxième région la plus touchée par le **diabète**. De plus, près de 4 adultes sur 10 sont hypertendus<sup>10</sup> et 87% des hypertendus connus suivent un traitement antihypertenseur. Enfin, la **mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires** place la Guadeloupe en seconde position (après la Réunion) des départements les plus touchés : ce type de mortalité est significativement supérieur, sur le territoire guadeloupéen, au taux moyen national (et plus marquée chez les femmes).

Cette problématique est à relier à **l'importance notable de la surcharge pondérale** (57% des Guadeloupéens sont concernés, 63% des femmes et 49% des hommes, parmi eux 23% sont obèses<sup>11</sup>) avec un taux encore plus marqué à Saint-Martin<sup>12</sup> où 26,3% des enfants (contre 12,6% en Guadeloupe) étaient en situation de surcharge pondérale.

**Par ailleurs, on constate une sous-mortalité par cancer mais une forte présence de certains cancers, notamment celui de la prostate** : la Guadeloupe connaît un taux standardisé d'admission pour tumeur malignes inférieur à celui de la métropole (398 pour 100 000 habitants contre 494 en métropole)<sup>13</sup>. Ainsi, la Guadeloupe connaît une sous mortalité par cancer avec 1550 nouveaux cas par an admis en affection de longue durée (ALD) pour tumeurs malignes et 650 décès par an. Par contre, le cancer de la prostate génère une centaine de décès par an et 522 admissions en ALD par an (soit 6,5% des admissions totales en ALD)<sup>14</sup>. Il est ainsi 1,5 fois plus fréquent qu'en France hexagonale et 2,25 fois plus meurtrier.

**On observe également un nombre excessif de décès par psychoses alcooliques et cirrhoses du foie** : la Guadeloupe est au second rang national après la Réunion. La progression du cancer de l'estomac (57 décès annuels) doit également attirer l'attention des pouvoirs publics. En effet, comme le note le rapport « Déterminants et indicateurs de santé » de l'ORSAG du mois d'août 2017, « 65 nouvelles prises en charge en ALD pour cancer de l'estomac ont été dénombrées, en moyenne, chaque année sur la période 2012-2014, soit 4,2 % de l'ensemble des admissions pour tumeur maligne. La région présente un taux standardisé de 18 nouvelles

<sup>8</sup> Santé Publique France, 20/03/2015

<sup>9</sup> Enquête Kannari 2013 : adultes dont le diagnostic a été posé par un professionnel de santé

<sup>10</sup> Enquête Kannari 2013 : 39 % d'hypertendus (dont 21% sont traités)

<sup>11</sup> Enquête KANNARI 2013 : obésité de la femme = 31%, homme = 12%

<sup>12</sup> Enquête ORSAG 2011-2012 en milieu scolaire

<sup>13</sup> Déterminants et indicateurs de santé en Guadeloupe, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin, ORSAG, août 2017.

<sup>14</sup> Déterminants et indicateurs de santé en Guadeloupe, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin, ORSAG, août 2017.

*admissions pour 100 000 habitants, significativement supérieur à celui de la France hexagonale (8 pour 100 000 habitants). L'archipel guadeloupéen est la région française ayant le taux d'admissions le plus élevé. »*

Enfin, il convient de souligner **l'importance de la drépanocytose sur le territoire**, première maladie génétique en France : 12% des Guadeloupéens sont porteurs du trait drépanocytaire, environ 120 couples sont concernés par an, et l'on recense 30 naissances prévisibles par an atteintes d'un syndrome drépanocytaire majeur (données ARS Guadeloupe).

### ► Le poids des maladies tropicales et infectieuses avec un impact fort des transmissions vectorielles

**Les maladies vectorielles** qui conduisent à des épidémies fréquentes sont fortement présentes sur le territoire : dengue, chikungunya, Zika, etc. Les répercussions sur la santé des Guadeloupéens (décès pour la dengue, impact articulaire ou rhumatismal durable pour les personnes qui ont été touchées par le chikungunya, impact du Zika sur le système nerveux et le développement psychomoteur de certains nouveaux nés) sont importantes et nécessitent donc une attention et une prise en charge particulières.

**Les maladies infectieuses et tropicales** conduisent ainsi à 88 décès par an, ce qui place la Guadeloupe au second rang national après la Guyane. Il faut, à travers ce chiffre, particulièrement souligner le poids encore important des infections par le VIH et les IST : rapportées au nombre d'habitants, les régions les plus touchées par le VIH sont la Guyane (18 infections pour 10 000 habitants), la Guadeloupe (7), l'Île-de-France (4) et la Martinique (3). Néanmoins, il est également à retenir qu'en Guadeloupe le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH est en diminution entre 2011 et 2013 (- 43%)<sup>15</sup>.

### ► Le poids de la mortalité par causes externes

La mortalité liée à des « causes externes » évitables représente 162 décès chez les moins de 65 ans et regroupe notamment les décès suite à des accidents de la route (53), des suicides (39), des décès suite à conflits interpersonnels. Ainsi, on en compte 67 en Guadeloupe contre 54 dans l'Hexagone (pour 100 000 habitants), sur la période 2008-2013<sup>16</sup>.

## Des difficultés particulières liées à l'offre de santé

### ► Une démographie médicale fragile

La fragilité de la **démographie médicale** menace l'accès aux soins : la densité de médecins généralistes est de 73 pour 100 000 habitants, contre 94 au niveau national<sup>17</sup>. Plus particulièrement, au 1<sup>er</sup> janvier 2016, les taux de médecins spécialistes (tous types d'exercice confondus) s'établissent à 133 pour 100 000 habitants en Guadeloupe, contre 186 au niveau national<sup>18</sup>. Ce déficit peut expliquer, en partie, par une sous-consommation de soins avec 714 actes médicaux pour 100 habitants en Guadeloupe, contre 994 en France hexagonale (358 versus 524 pour les médecins généralistes)<sup>19</sup>. L'attention doit aussi être portée sur certaines professions

<sup>15</sup> Cire Antilles Guyane, Bulletin de veille sanitaire, Invs, décembre 2015

<sup>16</sup> Déterminants et indicateurs de santé en Guadeloupe, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin, ORSAG, août 2017.

<sup>17</sup> Déterminants et indicateurs de santé en Guadeloupe, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin, ORSAG, août 2017.

<sup>18</sup> Déterminants et indicateurs de santé en Guadeloupe, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin, ORSAG, août 2017.

<sup>19</sup> Déterminants et indicateurs de santé en Guadeloupe, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin, ORSAG, août 2017.

également déficitaires, notamment les dentistes (densité 42 versus 53 en métropole), densité faisant de la Guadeloupe la cinquième région française la plus faiblement dotée.

#### ► Un retard d'équipement médico-social

Un **retard d'équipement médico-social** est constaté depuis plusieurs années sur le territoire, tout particulièrement dans le secteur du handicap pour les îles de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy, conduisant à un programme de rattrapage et de développement accéléré de l'offre (perspective de mise en place d'un pôle médico-social pour les Iles du Nord).

#### ► Une offre hospitalière en tension

La situation financière de la plupart des centres hospitaliers du territoire est critique car ils doivent assumer le **poids financier d'activités difficiles à équilibrer**, notamment du fait de territoires aux aires de recrutement limitées (ex. : les îles du nord avec un hôpital MCO -médecine-chirurgie-obstétrique- pour moins de 40 000 habitants) et aux volumétries de public à accompagner limitées.

#### ► L'impact des aléas sur l'offre de soins

Les ouragans Irma et Maria ont fortement endommagé l'offre de soins des Iles de Saint-Martin et Saint-Barthélemy en septembre 2017, ce nécessite d'assurer la reconstruction de l'offre de soins sur ces îles.

Par ailleurs, l'incendie du CHU de Guadeloupe en novembre 2017 a montré la difficulté qu'engendre sa baisse d'activité. L'objectif est de réorganiser l'offre de soins du CHU suite à cette crise pour, d'une part, qu'elle remonte à un niveau d'activités suffisant pour garantir l'accès aux soins de la population, et, d'autre part, pour préparer la configuration du nouveau CHU, qui sera livré dans 5 ans. Cette situation peut être vue comme une opportunité de repenser la place du CHU dans le territoire en faisant de lui une référence d'excellence et d'activités de pointe au cœur d'un réseau territorial plus en proximité et capable de monter en puissance en cas de crise majeure. Ce doit donc être l'occasion de développer les équipes de territoire, de développer l'ambulatoire et les sorties précoces vers les établissements partenaires, de développer des filières où la proximité joue un rôle facilitateur et enfin d'augmenter l'HAD appuyée par tous les établissements du territoire.

## 4 défis prioritaires à relever pour la Guadeloupe et les îles de Saint-Martin et Saint-Barthélemy

### ► 1- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé qui génèrent notamment une mortalité prématurée

Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé est un enjeu national et régional<sup>20</sup>. Ceci suppose d'intervenir sur leurs déterminants en :

- agissant sur les fondamentaux dès l'enfance,
- œuvrant sur l'environnement (notamment en matière de transports, de projets urbains et d'aménagement favorables à la santé),
- promouvant des comportements favorables à la santé en matière d'alimentation, de promotion de l'activité physique, de prévention et de lutte contre les produits psycho addictifs,
- favorisant les actions en faveur de la santé de populations ciblées (dans le cadre de la politique de la ville par exemple ou de contrats locaux de santé avec les agglomérations)

Ceci suppose d'avoir un **maillage équilibré des territoires** en professionnels de la prévention, des soins et de l'accompagnement médico-social.

Par ailleurs, **réduire la mortalité prématurée est un impératif** qui nécessite un effort accru de prévention, de dépistage et de prise en charge des maladies chroniques, en déployant des actions spécifiques pour :

- limiter la mortalité infantile,
- lutter contre le surpoids, l'obésité et l'inactivité physique,
- réduire les risques sexuels,
- lutter contre les addictions,
- promouvoir la santé mentale et lutter contre les violences et les traumatismes,
- prévenir et dépister précocement les cancers.

### ► 2- Accompagner la transformation du système de santé et des pratiques de chacun aux évolutions technologiques et aux innovations

Dans les 10 ans qui viennent, **de profonds bouleversements vont intervenir dans le champ de la santé** : on annonce « *une révolution thérapeutique d'envergure s'appuyant sur les progrès réalisés dans la connaissance du génome, dans les applications des technologies numériques, dans le développement des sciences cognitives (...). Sur le plan de l'organisation des soins, on annonce aussi une évolution drastique des métiers et des types de recours des patients, avec une plus grande participation des malades à leur diagnostic et aux choix thérapeutiques, l'amplification des missions des professions paramédicales, le développement des systèmes logiciels experts, l'utilisation massive d'objets connectés convergeant sur le smartphone, le développement des réseaux sociaux autour de communautés de malades, les consultations à distance, etc.* »<sup>21</sup>

Le futur schéma régional de santé devra nécessairement prendre en compte ces évolutions, notamment sur le plan organisationnel : « *le lieu d'intégration du système [...] ne peut plus être une structure de soins [...] mais met en jeu une pluralité de professionnels et d'organisations prenant en charge une population ou le parcours de patients* ». <sup>22</sup>

<sup>20</sup> Stratégie de santé Outre-Mer, feuille de route Guadeloupe, mai 2016

<sup>21</sup> Source : avis du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Innovations et système de santé, 10/07/2016, p2.

<sup>22</sup> ibid, supra, p.7



### ► 3- Promouvoir le bien vieillir, prévenir la perte d'autonomie et accompagner le vieillissement

Les perspectives de vieillissement accéléré de la population guadeloupéenne nécessitent de mettre en place une politique volontariste et ambitieuse pour, tout à la fois, **promouvoir le bien vieillir et prévenir la perte d'autonomie** (ateliers d'activité physique adaptée, ateliers mémoire, etc.), en préparant le système de santé guadeloupéen à la prise en charge de personnes âgées dépendantes, de plus en plus nombreuses à vivre à domicile. A ce titre, le vieillissement des personnes en situation de handicap doit faire l'objet d'une attention particulière, notamment à travers les parcours. Ces évolutions nécessitent de **consolider le dispositif de maintien à domicile et la coordination du parcours des personnes âgées** mais aussi de poursuivre le développement de réponses évolutives en matière de logement et d'hébergement en fonction du niveau d'autonomie (aménagement du logement existant, habitat regroupé, résidences services et/ou autonomie, EHPAD notamment).

### ► 4- Améliorer la couverture territoriale, la coordination, l'efficacité et les parcours de santé

En matière d'offre de soins, la priorité doit être portée sur le **maillage toujours plus fin et efficace du territoire par des professionnels de santé de premier recours**, mais également médecins spécialistes dont les densités apparaissent aujourd'hui insuffisantes. Ce maillage doit être pensé par **bassin de proximité** en santé, avec **une organisation autour d'équipes de soins primaires (ESP) et de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** - deux dispositifs créés par la loi de modernisation du système de santé et qui ont vocation à regrouper les professionnels de santé libéraux d'un bassin ainsi que les structures et services œuvrant dans le champ de la santé et du médico-social intervenant sur ce territoire.

Il convient parallèlement de **renforcer l'attractivité du territoire pour les praticiens hospitaliers**, au regard des nombreux postes vacants de spécialistes dans les établissements de santé.

Par ailleurs, l'amélioration de la qualité des prises en charge impose de résoudre les difficultés financières des établissements publics de santé, ce qui nécessite **la poursuite des efforts de gestion et d'organisation** – en interne certes, mais également par le développement des coopérations entre établissements de santé, notamment sous forme d'équipes soignantes de territoire, tout en prenant en compte les particularités des prises en charge liées au contexte géographique et populationnel. Niveaux national et régional doivent ainsi imaginer, ensemble, les conditions pour garantir l'égalité d'accès aux soins et accompagner les établissements pour davantage d'efficacité. La démarche d'accompagnement engagée depuis janvier 2017 pour le CHU de Pointe-à-Pitre doit ainsi tout particulièrement être poursuivie et amplifiée, pour que l'entrée dans le nouvel établissement (en 2023) soit une réussite et un progrès pour le système de soins guadeloupéen.

Par ailleurs, et au regard de l'importance du phénomène IRMA pour les îles du Nord et de l'incendie du CHU, le défi de la reconstruction et du développement du système de santé sur ces territoires sera une priorité pour l'ARS, tout au long de la durée du présent COS.

## LES ORIENTATIONS REGIONALES

Au regard de ces éléments de contexte et des défis qu'ils mettent en évidence, mais aussi des cadres nationaux qui l'orientent (SNS, PNSP, ...) l'Agence Régionale de Santé de Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy a souhaité structurer son intervention autour de 7 orientations stratégiques.

### 1 - Développer une offre pour tous tournée vers la prévention et la promotion de la santé

Malgré une dépense de santé de plus d'un milliard d'euros (soins ambulatoires et hospitaliers cumulés), la Guadeloupe connaît une surmortalité prématurée par rapport à l'hexagone et à d'autres territoires ultra-marins, et des inégalités sociales et territoriales de santé élevées. Ainsi, les dépenses visant à renforcer l'offre de soins ne sont pas seules suffisantes pour améliorer l'état de santé de la population.

Il existe en effet **plusieurs déterminants principaux de santé** (Lalonde, 1974) : les habitudes de vie (qui entrent à hauteur de 43% dans la détermination de l'état de santé), les facteurs d'environnement (19%), les facteurs biologiques (27%) et le système de santé (11%) qu'il faut prendre en considération de façon systémique. Il s'agit donc d'agir sur ces déterminants, particulièrement les deux premiers, en renforçant la prévention, la promotion de la santé et le dépistage, mais également en agissant sur les facteurs biologiques pouvant avoir un impact sur la santé de la population. Il convient ainsi de **réorienter la dépense de soins vers la prévention et la promotion de la santé pour favoriser l'éducation à la santé de tous**.

Défini en 1986 par l'OMS dans la Charte d'Ottawa, le concept de promotion de la santé conduit à élargir les préoccupations au-delà de la seule approche par la pathologie. Il s'agit de **faire de la santé une ressource de la vie quotidienne** en permettant à chacun de maîtriser et améliorer sa santé. Et, en conséquence, de développer les compétences de tous les citoyens pour que chacun renforce ses capacités à faire des choix éclairés.

#### **Définition de la promotion de la santé (Définition OMS – Charte d'Ottawa 1986)**

*« La promotion de la santé a pour but de **donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer**. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. **La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé** : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. »*

Le développement de la politique de prévention, d'éducation et de promotion de la santé a été réaffirmé en mai 2016 comme première priorité de santé dans le cadre de la déclinaison locale de la Stratégie de santé pour les Outre-Mer (feuille de route régionale). L'environnement et sa protection, le logement et son amélioration, la généralisation du parcours éducatif en santé, etc. sont autant de leviers mobilisables pour agir sur les facteurs pouvant avoir un effet sur la santé des populations.

Ces politiques doivent être universelles, mais également fortement renforcées sur les territoires et surtout à l'égard des populations les moins favorisées, afin de tenir compte de leurs fragilités. Ainsi, la combinaison

d'actions sur l'ensemble de la population (prévention universelle) et d'actions différenciées selon les publics, pour agir sur les besoins identifiés, vise à réduire le **gradient social de santé**.<sup>23</sup>

### Objectifs

- **Inscrire la politique régionale de prévention et de promotion de la santé dans toutes les politiques publiques locales**, en déployant un plaidoyer en santé et en favorisant l'évaluation d'impact sur la santé
- **Diffuser une culture collective de la prévention dans tous les secteurs d'activité**, au sein des filières de soins, chez tous les professionnels de santé. Pour cela, la formation de tous les acteurs aux concepts et programmes de prévention et de promotion de la santé doit être favorisée, par exemple en travaillant au renforcement des compétences psycho-sociales des enfants et des jeunes dans le cadre du parcours éducatif en santé.
- **Développer de nouvelles approches en prévention et promotion de santé**, basées sur des actions probantes, la recherche interventionnelle, les actions de proximité (d'aller-vers) et l'utilisation des nouvelles technologies pour favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé
- **Assurer, sur l'ensemble des territoires de l'archipel et des COM, un accès équitable aux actions de prévention et de promotion de la santé**, en mobilisant les intervenants ou en développant les interventions dans les territoires qui sont dépourvus

## 2 - Favoriser une offre de santé soutenant les soins de proximité pour réduire les inégalités d'accès

Le droit fondamental d'accès à la santé se heurte à plusieurs barrières, créatrices d'inégalités d'accès, telles que :

- le **manque de lisibilité du système de santé**, notamment pour les publics rencontrant des difficultés de communication (barrière de la langue, difficultés à lire et écrire) pouvant donner lieu à des situations de **renoncement aux droits**,
- le **manque de coordination entre les acteurs**, qui n'ont pas toujours la connaissance ni les outils pour orienter les patients vers les ressources pertinentes,
- l'**existence d'inégalités territoriales dans la répartition de l'offre**, pouvant engendrer des difficultés à accéder à des soins ou des dispositifs de prévention en proximité et dans des délais raisonnables,
- l'**existence d'inégalités socio-économiques et de situations de précarité** avec des publics renonçant ou reportant des soins en raison de difficultés financières, notamment pour des soins comprenant un « reste-à-charge ».

Ainsi, près d'un cinquième des Guadeloupéens (18 %) déclarent avoir renoncé, pour des raisons financières, à des soins dentaires, proportion comparable à celle observée en métropole (17 %). Le renoncement à des lunettes, verres, montures ou lentilles, apparaît en revanche légèrement plus fréquent en Guadeloupe qu'en métropole (15 % vs 12 %), de même que le renoncement à une consultation de médecin (généraliste ou spécialiste), qui concerne plus d'un Guadeloupéen sur dix (11 %), situant ce département à un niveau de renoncement supérieur à celui observé en métropole (8 %), mais comparable à celui observé dans les autres DFA (Départements Français d'Amérique).

<sup>23</sup> Principe de l'universalisme proportionné, 2010, Sir Michael MARMOT. Il existe un lien entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale. En d'autres termes chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus élevé que dans la classe qui lui est immédiatement supérieure.

**Des freins psycho-sociaux** sont également identifiés (manque d'estime de soi, mauvaise image du système de santé, ...), pour des populations fragiles qui ne se tournent pas naturellement vers les dispositifs de santé. Face aux autres difficultés du quotidien rencontrées par les personnes en situation de précarité, la santé n'est pas toujours perçue comme une priorité, passant au second plan des préoccupations.

Dans la perspective de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, il est essentiel d'apporter des réponses visant à :

- **Renforcer l'accès aux droits et aux soins**, sur tous les territoires (phénomène de non recours important), notamment sur les Iles du Nord (COM de Saint-Martin et Saint-Barthélemy) et du Sud (Les Saintes, Marie-Galante, la Désirade) en se basant sur des résultats plus précis issus de l'observation et la connaissance de l'état de santé et des modalités d'accès aux droits et aux soins de la population concernée par le PRAPS
- **Construire des parcours adaptés** vers l'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité, notamment par le renforcement de tous les dispositifs favorisant le « aller vers » et un meilleur maillage des services sociaux hospitaliers avec les autres services sociaux (particulièrement à travers la PTA)
- **Déployer des actions spécifiques envers les publics fragiles**, notamment les détenus, les migrants et les personnes sous-main de justice ou hospitalisées sans leur consentement, mais également travailleurs indépendants et agriculteurs à faibles ressources (en lien avec le RSI)
- **Favoriser la montée en charge de modalités de travail valorisant l'intervention coordonnée en proximité** d'équipes d'établissements et de services sous forme de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS prévues par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016) et de développer, au sein de ces lieux de soins de proximité, des actions :
  - De prévention et de promotion de la santé,
  - De soins de premier et second recours notamment en psychiatrie et en gériatrie par l'organisation de consultations avancées pour prendre en charge des difficultés spécifiques
  - D'éducation thérapeutique et suivi des malades chroniques
  - D'accompagnement médicosocial des personnes âgées, en situation de handicap et souffrant de difficultés spécifiques (publics PRAPS notamment)

Les nouvelles technologies, notamment les outils de la télésanté, seront ici aussi des leviers à mobiliser pour s'adapter aux territoires isolés ou déficitaires en professionnels de santé.

Enfin, la formation des intervenants en interprofessionnalité, en vue de faciliter les coopérations ainsi que la recherche en soins primaires, sera encouragée.

### Objectifs

- **Améliorer la démographie des professionnels de santé et lutter contre les déserts médicaux**, notamment les médecins, orthophonistes et dentistes : mettre en place des dispositifs permettant d'encourager les professionnels de santé à s'installer sur les territoires déficitaires en professionnels (pacte territoire santé)
- **Assurer un maillage du territoire en équipes et services de santé et médico-sociaux** : poursuivre la montée en charge d'exercices regroupés de professionnels libéraux (équipes de soins primaires, MSP et CPTS) ; mobiliser les professionnels des territoires mieux pourvus pour assurer des consultations avancées de spécialistes ou intervenir au sein d'équipes mobiles (psychiatrie, soins palliatifs, gériatrie, ...) dans les territoires déficitaires
- **Organiser la gradation des prises en charge pour offrir aux patients des parcours de santé fluides, sans ruptures**, en activant différents leviers existants tels que la MAIA, la PTA, la télésanté, l'éducation thérapeutique du patient en proximité, le programme PLANIR déployés par l'assurance maladie, la formation des intervenants en inter-professionnalité afin de faciliter les coopérations entre professionnels,

la recherche en soins. Une attention particulière sera donnée à la continuité des soins et à l'accompagnement médico-social dans les territoires isolés.

- **Assurer au patient un accès à l'information** grâce aux nouvelles technologies telles qu'un portail d'information, entre acteurs de santé et patients, au niveau de chaque territoire de proximité organisé en CPTS.
- **Renforcer l'accès aux droits et aux soins**, sur tous les territoires (phénomène de non recours important), notamment sur les Iles du Nord (COM de Saint-Martin et Saint-Barthélemy) et du Sud (Les Saintes, Marie-Galante, la Désirade) en se basant sur des résultats plus précis issus de l'observation et la connaissance de l'état de santé et des modalités d'accès aux droits et aux soins de la population concernée par le PRAPS
- **Construire des parcours adaptés** vers l'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité, notamment par le renforcement de tous les dispositifs favorisant le « aller vers » et un meilleur maillage des services sociaux hospitaliers avec les autres services sociaux (particulièrement à travers la PTA)
- **Déployer des actions spécifiques envers les publics fragiles**, notamment les détenus, les migrants et les personnes sous-main de justice ou hospitalisées sans leur consentement, mais également travailleurs indépendants et agriculteurs à faibles ressources (en lien avec le RSI)

### **3 - Renforcer la performance du système de santé et les innovations en vue de garantir la qualité, la sécurité des soins et l'efficience des prises en charge**

**La qualité du service rendu aux patients et usagers est une priorité, qui se conjugue à un objectif de soutenabilité et de performance du système de santé** : les mesures de la qualité des soins et des prises en charge doivent devenir l'axe autour duquel s'organisent la régulation et la gestion des établissements de santé et des établissements et services médico sociaux. De plus, le caractère archipélagique du territoire rend à la fois plus complexe mais aussi plus fondamentale l'organisation et la structuration de filières de prises en charge efficaces et cohérentes.

Il convient donc de faire évoluer le système de santé car :

- **l'organisation des soins apparaît encore trop cloisonnée** entre ville et hôpital, entre hôpital et médicosocial ;
- elle est également figée, **peu réactive** aux enjeux auxquels elle doit faire face : vieillissement, explosion des maladies chroniques, risques épidémiques émergents, etc.
- l'exercice en contexte insulaire rend indispensable la **recherche d'innovations technologiques et organisationnelles**.

En effet, établissements de santé et établissements et services médico sociaux, en lien avec les associations de patients et les aidants, doivent donc **innover dans leurs organisations et fonctionnement** pour s'orienter vers des plates formes de service visant à soutenir le parcours des usagers. Un des enjeux majeurs est le partage des informations entre le patient et les acteurs de santé pour que ce premier soit en capacité d'être associé aux décisions qui le concernent.

Pour les établissements de santé, l'évolution doit permettre d'aller vers des plateaux techniques spécialisés et des interventions de plus en plus techniques, réalisées le plus souvent en ambulatoire.

A plus court terme et s'agissant de l'offre hospitalière, **l'ouverture d'un nouveau CHU, prévue dans 5 ans**, doit permettre de revoir les équilibres territoriaux. L'incendie que le CHU actuel a subi en novembre 2017 doit faire accélérer cette reconfiguration de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire afin de penser dès à présent la place du nouveau CHU. Cette reconfiguration invite à penser la complémentarité des prises en charge dans les différentes filières de soins et à revoir le découpage actuel organisé en plusieurs Groupements Hospitaliers de

Territoire (GHT) : un unique GHT pour la Guadeloupe et les îles du nord doit s'imposer comme l'objectif à l'horizon 2023.

Particulièrement, la période de validité du SRS devra être utilisée pour mettre fin à la situation financière défavorable de la plupart des établissements en travaillant sur deux axes : un axe local pour développer les mutualisations et réduire les écarts entre dépenses/recettes, et notamment entre les deux CHU des Antilles ; un axe national pour prendre en compte de façon structurelle le contexte particulier des outre-mer.

Enfin, ces évolutions interviennent dans un contexte de révolution numérique et de développement rapide des technologies de la e-santé. Le caractère archipélagique du territoire a poussé l'Agence régionale de santé, lors de la définition du dernier Schéma régional de santé, à développer la télémédecine et, au-delà, à promouvoir les coordinations numériques. Ainsi, le premier projet régional de santé comportait un « **programme régional de télémédecine 2012-2016** » pour les territoires de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, dans lequel six priorités régionales avaient été définies :

- la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC)
- la permanence des soins en imagerie médicale
- la prise en charge des populations géographiquement isolées
- la prise en charge des personnes détenues
- la prise en charge des maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète, insuffisance rénale et cancer)
- la prise en charge en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile.

L'existence d'une infrastructure locale (GCS « e-santé Archipel 971 », mise en place en novembre 2014) facilite désormais l'installation et la diffusion de ces nouvelles approches et assure l'accompagnement des professionnels. Dans le contexte de mise en œuvre du plan stratégique régional de santé, un ENRS (espace numérique régional de santé) dénommé « Courbaril » s'est développé à destination des professionnels, mais également des publics qui ont désormais à disposition plusieurs documents informatifs quant à l'offre de services de santé présente sur le territoire (un annuaire complet des acteurs de santé de la région publics et privés, libéraux, établissements de santé, associations, etc., un service d'alertes sanitaires et un fil d'actualités renvoyant vers des médias spécialisés en e-santé, dont TICsante.com, notamment). Le portail des réseaux de soins régionaux permet également d'accéder aux différents intervenants de leur parcours de santé et de retrouver leur dossier médical patient.

Les territoires guadeloupéens et des îles du Nord doivent en outre mettre en place et adapter la **stratégie nationale e-santé 2020** qui s'articule autour de quatre priorités :

1. le développement de la médecine connectée à travers un plan de mise en place d'un *big data* en santé
2. l'encouragement d'appels à projets innovants associant professionnels, citoyens et acteurs économiques
3. la simplification administrative
4. le renforcement de la sécurité des systèmes d'informations

La démographie en professionnels de santé assez défavorable, voire très défavorable en ce qui concerne les médecins spécialistes, peut être compensée par un niveau de maturité des solutions techniques satisfaisant, ainsi que par l'acceptation par la population de l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et des communications. Le développement du big data, des logiciels d'aide au diagnostic, des robots, des consultations médicales via internet, etc. conduiront à une évolution rapide des modes de prises en charge, des relations patients-médecins, ainsi que des métiers dans le monde de la santé – évolution qu'il s'agit d'anticiper et d'accompagner.

## Objectifs

- **Renforcer la sécurité et la qualité des soins et prises en charge médicosociales**
- **Développer les filières de soins** pour une complémentarité parfaite entre établissements publics de santé, y compris entre les deux CHU des Antilles, et avec le secteur privé local
- **Développer les formations interprofessionnelles, la recherche et les innovations en santé**
- **Amplifier l'usage de la télémédecine et accompagner son développement** auprès des acteurs, y compris les patients
- **Promouvoir un usage organisé des objets connectés** : le développement de la télésurveillance pour les maladies chroniques ; en EHPAD et établissements pour personnes en situation de handicap afin d'offrir un égal accès aux soins à tous les publics
- **Accompagner l'adaptation des organisations et des métiers** aux innovations technologiques
- **Accompagner les acteurs et professionnels aux changements** que ces pratiques nouvelles induisent
- **Utiliser le numérique dans le développement de la coopération**
- **Renforcer la sécurité des systèmes d'information** en santé

## 4 - Créer les conditions d'un environnement favorable à la santé et améliorer la veille, l'évaluation et la gestion des crises sanitaires

Le territoire régional connaît des **risques naturels** (cyclone, séisme, inondation, éruption volcanique, invasion de sargasses...) **pour lesquels de nombreux dispositifs et plans de réponse sont opérationnels mais trop distincts** : le dispositif préfectoral ORSEC et son pendant sanitaire ORSAN avec ses différentes déclinaisons (AMAVI, NOVI, PZM, le plan iode, le plan de vaccination, les dispositifs SINUS et CIVIC, les plans blancs, les plans bleus) doivent permettre une meilleure lisibilité du dispositif, des moyens et des actions attendues en cas d'événement majeur. Des initiatives visant à prévenir et informer les populations existent (le Sismobus pédagogique pour la formation des personnels des entreprises privées et des établissements publics au risque sismique ; le travail de sensibilisation et de préparation des associations agréées pour la protection civile ; le projet de cantines démontables visant à alimenter les populations après un sinistre majeur) ; elles doivent être encouragées et renforcées.

Par ailleurs, la mise en place d'un réseau régional de vigilances, l'exhaustivité des déclarations d'évènements indésirables graves associés aux soins (via le portail des signalements), et l'action du centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins, permettront de renforcer l'organisation et l'efficacité de la veille et de la sécurité sanitaire.

L'action en matière de santé environnementale est essentielle et visera à répondre à l'exigence de l'exposome.

En ce qui concerne la sécurisation de la ressource pour **l'alimentation en eau potable**, il conviendra d'achever la couverture du territoire en captages protégés. Le problème de la continuité de la distribution, lié à la vétusté des réseaux (55% de pertes) demeurera même si le Plan national Eau-DOM propose des financements pour leur rénovation car cette problématique prendra de nombreuses années pour être dépassée alors que les casses et intrusions, toujours possibles, d'une contamination dans les réseaux de distribution sont des risques sanitaires majeurs. De plus, la fragilité des installations de traitement sur les ressources en eau superficielles lors des épisodes de fortes pluies restera aussi une préoccupation sanitaire.

En particulier à Saint-Martin, les actions globales garantissant l'accès à l'eau potable devront être renforcées et poursuivies de façon pérenne. Elles devront dissuader la mise à disposition d'eaux non reconnues potables tant

par des bailleurs privés que par des producteurs d'eau illégaux (eau de pluie recueillie dans des citernes, production par osmose inverse...).

La réponse aux situations de crises dues au manque d'eau ou par eau de mauvaise qualité restera problématique. L'interconnexion des réseaux n'étant pas toujours possible du fait de l'absence de réseaux ou de différences de pression. Les points sensibles étant les Saintes et la Désirade qui ne disposent pas, sur leur territoire, de ressource autonome et qui sont dépendants entièrement de l'eau fourni par la Guadeloupe

La surveillance des substances issues de l'activité humaine dont la plus connue est le Chlordécone devra être poursuivie, notamment pour les eaux dites de substitution. Cette surveillance des substances émergentes et, de manière plus générale, de tous les facteurs environnementaux qui peuvent avoir une influence sur la santé s'inscrit dans le cadre de l'exposome voulu par la dernière loi de santé publique.

L'impact de la pollution de l'air par les brumes de sables, les pollens et les sargasses devra être investiguée et prévenue. Le PRSE3 prend en compte ces risques et propose des actions<sup>24</sup>.

Le territoire régional est également soumis à **des épidémies fréquentes de maladies vectorielles** (dengue, chikungunya, Zika, leptospirose) qui impactent, plus ou moins fortement, l'offre de soin en ville ou à l'hôpital, affectent la santé des populations, influent sur l'attractivité touristique du territoire. Lorsque l'impact est fort, les dispositifs de prévention, de lutte et de prise en charge doivent s'adapter rapidement à la situation induite, selon un schéma préétabli, réfléchi avec l'ensemble des partenaires. Des moyens de lutte nouveaux et complémentaires (comme par exemple la lutte génétique) devraient enrichir la stratégie régionale de lutte anti vectorielle.

Plus généralement, concernant les **dispositifs d'alerte ou de prévention**, il est essentiel de travailler au changement des mentalités et des comportements en privilégiant les actions de proximité ou en s'appuyant sur des relais de proximité ou les réseaux sociaux influents, canaux de communication les plus efficaces. Ainsi, la structuration et l'animation de certains réseaux de partenaires, devront permettre de développer la diffusion, par de nouveaux moyens, de l'information et assurer parallèlement la mise en œuvre de réponses adaptées.

Enfin, la problématique de l'habitat insalubre demeure une réalité pour bon nombre de particuliers en situation précaire, en particulier sur Saint-Martin, où la situation s'est encore aggravée après le passage du cyclone Irma. Il s'agira donc d'inciter les acteurs publics concernés à engager résolument et de façon concertée des actions de lutte contre l'habitat indigne.

### Objectifs

- **Assurer une coordination de toute la filière « gestion de crise », préparer le système de santé à la gestion de crise** (ORSAN - Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles) et **mieux articuler la gestion de crise sanitaire et le dispositif d'adaptation rapide de l'offre de soins** grâce à une identification préalable des domaines de faiblesse ou de rupture capacitaires.
- **Renforcer la veille et la sécurité sanitaire** par une plus grande efficacité des vigilances structurées en réseau (RREVA), installer la réunion régionale de sécurité sanitaire et développer la culture du signalement de l'évènement indésirable grave pour améliorer, de façon continue, la sécurité des prises en charge
- **Accroître la surveillance dans les milieux naturels** (baignades en eaux douces ou de mer) ainsi que les substances issues de l'activité humaine dans les eaux destinées à la consommation humaine, ou dans l'habitat (notamment en ce qui concerne le plomb)
- **Mieux informer et sensibiliser la population** aux effets de l'environnement sur la santé (qualité de l'eau, pollutions atmosphériques ...).
- **Renforcer la capacité d'anticipation, de prévention et de gestion des alertes liées aux maladies vectorielles** par une amélioration de la veille sanitaire et de la surveillance entomologique d'une part et, d'autre part, par une structuration, une coordination et animation des réseaux d'acteurs impliqués dans les

<sup>24</sup> Plan régional santé environnement.



domaines de la Lutte antivectorielle, de la gestion de l'environnement, de la communication, de la mobilisation sociale et de la prise en charge des cas

- **Mieux structurer la réponse et la formation adaptée de proximité** pour chaque type de phénomène, notamment au travers des CLS et en lien avec le CNFPT, l'Education Nationale et les différents acteurs de la formation professionnelle

## 5 - Coordonner l'ensemble des acteurs autour de parcours de santé prioritaires

L'article 1<sup>er</sup> de la loi de modernisation du système de santé précise que « *la politique de santé comprend : [...] l'organisation des parcours de santé. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale [...].* » Il est également précisé que le Schéma Régional de Santé (SRS) doit comporter des objectifs visant à « *améliorer l'organisation des parcours de santé en favorisant la coordination et la coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale* ».

Le contexte territorial étant marqué par la prévalence élevée des maladies chroniques, le vieillissement, la précarité d'une partie de la population, etc. **le développement des prises en charge pluridisciplinaires fondées sur la coordination d'une multiplicité d'acteurs apparaît d'autant plus nécessaire.**

Plus particulièrement, concernant les personnes âgées, l'isolement et la rupture du lien social, la mauvaise coordination des hospitalisations et les retours à domicile (se réalisant les veilles de week-end ou le soir), l'insuffisante communication entre les médecins de ville et l'hôpital lors de la prise en charge d'un patient (entrée-sortie), l'insuffisance de coordination entre les différentes formes de prises en charge sanitaires, sociales et médicosociales, etc. sont autant de facteurs de risque d'aggravation de la perte d'autonomie.

En appui aux acteurs de santé de proximité, il s'agira de renforcer les outils favorisant les coordinations pluridisciplinaires autour des parcours de soins : la plateforme d'appui aux professionnels de santé sera consolidée ; les dispositifs de coordination et d'appui aux parcours convergeront (MAIA/PTA notamment).

### Objectifs

- **Définir les prérequis** qui s'imposeront comme socle commun de tous les parcours de santé, formalisés à partir des points de rupture identifiés
- **Identifier quelques parcours de santé prioritaires** et proposer des étapes et des modalités d'accompagnement pour chacun
- **Renforcer la coordination des acteurs**, notamment par le partage des informations par le numérique et le développement de plates-formes de services en santé et en accompagnement médicosocial

## 6 - Assurer le développement d'une culture de dialogue citoyen pour renforcer la démocratie en santé et accompagner l'engagement des habitants en faveur de leur santé

Le concept de « démocratie en santé » est dans un processus continu de construction, depuis les ordonnances de 1996, les lois de 2002, de 2004, de 2009 et, récemment, avec la loi de modernisation du système de santé. Cette dernière instaure des mesures fortes visant à **faire progresser la démocratie en santé**, notamment avec la mise en place à Saint-Martin et Saint-Barthélemy du conseil territorial de santé<sup>25</sup>, dont le rôle est double : d'une part, veiller à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants ; d'autre part, organiser, via une formation spécifique, l'expression des usagers, en intégrant celle des personnes en situation de pauvreté ou de précarité. D'autres mesures visent, quant à elles, le renforcement des compétences des commissions des usagers dans les établissements de santé.

L'engagement en faveur de la démocratie en santé recouvre plusieurs dimensions :

- **Une dimension individuelle**, d'une part, en permettant à l'utilisateur et à son entourage d'avoir accès à une **information de qualité**, puis d'être un **véritable acteur** tout au long de la prise en charge dont il bénéficie. La prise en compte de l'expérience du vécu, le développement de l'éducation thérapeutique sont autant d'actions qui contribuent au renforcement de l'autonomie du patient, lui donnant un plus grand contrôle sur sa santé et permettant in fine d'améliorer son état de santé
- **Une dimension collective** d'autre part, puisque **renforcer la place de l'utilisateur** dans le modèle de **démocratie sanitaire** permet de concevoir le système de santé comme une organisation apprenante, favorisant le changement et l'adaptation aux besoins.

Comme souligné dans un rapport de la Conférence Nationale de Santé : « *en améliorant la prise en compte des besoins de santé des populations et des individus, en permettant la compréhension et l'appropriation par les usagers des politiques, des organisations ou des problèmes de santé, en favorisant leur implication active et leur autonomie, la participation des usagers est un formidable levier pour lutter contre les inégalités de santé* ». <sup>26</sup>

En phase avec une forte attente des associations d'utilisateurs et de leurs représentants, des améliorations peuvent encore être apportées pour rendre leur participation plus effective et efficace. Il convient donc de définir avec les acteurs contribuant à la démocratie en santé les conditions pour une plus grande participation des utilisateurs d'une part. D'autre part, en articulation avec une politique plus globale de promotion de la santé, il est important de pouvoir poser les jalons d'une plus grande implication des citoyens en faveur de la / leur santé.

Dans le cadre d'une projection à 10 ans, il est indispensable de pouvoir **placer l'utilisateur au cœur des actions qui seront déployées**, pour que soit développée une approche en promotion de la santé efficace et partagée par tous, qui vise à valoriser les ressources individuelles de chacun.

<sup>25</sup> L'ordonnance n° 2017-1179 du 19 Juillet 2017 portant extension et adaptation outre-mer de dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation du système de santé a pour la Guadeloupe, Saint-Barthélemy et Saint-Martin intégré les missions des CTS à la CSA pour la Guadeloupe.

<sup>26</sup> Conférence nationale de santé 2012 – Rapport 2012 sur les droits des utilisateurs « Réduire les inégalités d'accès à la santé...en renforçant la participation des utilisateurs »

### Objectifs

- **Placer l'utilisateur comme acteur central du système de santé** et contribuer au renforcement des associations de patients, acteurs de la transformation du système de santé
- **Mettre en place une véritable observation du respect des droits des usagers** afin de contribuer à l'évaluation de la pertinence des politiques de santé mises en œuvre
- **Promouvoir les droits des usagers et encourager la participation citoyenne** dans le champ de la santé sur les territoires (notamment en favorisant la formation des professionnels de santé)
- **Aider les habitants à devenir acteurs de leur propre santé** et développer les dispositifs de « patient pair » ou « patient expert »

## 7 - Renforcer la coopération régionale caribéenne (notamment entre DOM et COM)

Les liens entre la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane sont déjà existants et des projets déjà construits en commun. En effet, dans le champ de l'offre de soins hospitalière, un second Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire Antilles-Guyane a été élaboré en 2014 pour couvrir la période 2015-2020, dans la perspective de structurer l'accès des habitants à des plateaux techniques et à des prises en charge de qualité et hyperspécialisées. La coopération permet d'atteindre des seuils d'activité garantissant la qualité des interventions ainsi que des seuils économiques pour des activités qui requièrent des investissements coûteux. Parallèlement, l'objectif est de maintenir et de renforcer l'excellence de l'offre de soins dans la perspective d'en faire également bénéficier les ressortissants des Etats voisins.

L'enjeu de la coopération inter-hospitalière est particulièrement important à Saint-Martin, compte-tenu du caractère binational de l'île et de la perspective de construction d'un nouvel établissement de santé à Sint Maarten (mémorandum of understanding du 4 juin 2016). La **Conférence Quadripartite franco-néerlandaise** constitue à ce jour le socle pour le développement des dossiers de coopération en matière de santé entre les deux parties nationales de l'île.

En ce qui concerne la **coopération avec des Etats de la Caraïbe**, il faut noter que les voisins de la Guadeloupe, membre de l'OECS (Organisation des Etats de la Caraïbe Orientale), souhaitent pouvoir accéder à l'offre de soins pour répondre aux besoins de leurs concitoyens, solvabilisés notamment par les assurances privées. Il convient donc d'initier la construction d'un parcours de santé du patient caribéen, intégré au système de soins de la Guadeloupe et de la Martinique.

Outre le domaine des soins hospitaliers hyperspécialisés, la dynamique interrégionale de coopération apparaît comme un levier potentiellement intéressant pour partager des réponses à des besoins parfois identiques, notamment pour consolider les équipes médicales mais également pour innover dans les réponses à apporter aux populations ultramarines par le partage de pratiques, de réflexions, voire de moyens.

### Objectifs

- **Elaborer et mettre en œuvre un programme de coopération en santé entre les 3 DFA** (associant également les COM)
- **Poursuivre les axes de coopération entre Saint-Martin et Sint Maarten** dans le cadre des conférences quadripartites annuelles
- **Elaborer et mettre en œuvre un parcours de santé du patient caribéen** en veillant particulièrement à l'échange de données et de connaissances entre les territoires.

## Les résultats attendus à 10 ans

Les 7 orientations stratégiques devraient permettre de relever, de façon transversale, les principaux défis auxquels la Guadeloupe, et les îles de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy sont aujourd'hui confrontées, en visant les résultats suivants :

1. Une diminution du risque de mortalité prématurée et une réduction de la mortalité infantile
2. Une baisse des complications des maladies chroniques (pied diabétique et amputations, retard dans le dépistage du cancer, obésité, maladies cardio-vasculaires)
3. Des risques sanitaires et environnementaux (maladies vectorielles etc.) maîtrisés
4. Un accès équitable aux soins et à la prévention, quelle que soit sa situation géographique ou sociale
5. Des prises en charge pluridisciplinaires et coordonnées autour des personnes, notamment les plus fragiles.

	Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et la mortalité prématurée	Améliorer la couverture territoriale, la coordination, l'efficacité et les parcours de santé	Accompagner la transformation du système de santé et des pratiques de chacun aux évolutions technologiques et aux innovations	Promouvoir le bien vieillir, prévenir la perte d'autonomie et accompagner le vieillissement
1. Développer une offre pour tous tournée vers la <b>prévention et la promotion de la santé</b>				
2. Favoriser une offre de santé soutenant <b>les soins de proximité pour réduire les inégalités d'accès</b>				
3. Renforcer <b>la performance du système de santé et les innovations</b> en vue de garantir la qualité, la sécurité des soins et l'efficacité des prises en charge				
4. Créer les conditions d'un environnement favorable à la santé et améliorer <b>la veille, l'évaluation et la gestion des crises sanitaires</b>				
5. Organisation des prérequis des <b>parcours de santé prioritaires</b>				
6. Assurer le développement d'une culture de dialogue citoyen pour <b>renforcer la démocratie en santé</b>				
7. Renforcer la <b>coopération régionale caribéenne</b> (notamment entre DOM et COM)				

ARS

971-2018-04-05-004

PROJET REGIONAL DE SANTE 2ème génération  
(Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux  
Soins pour les personnes vulnérables (PRAPS))

Annexe de l'avis de consultation du PRS 2ème génération  
*(Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les personnes vulnérables  
(PRAPS))*

# Projet de Santé Guadeloupe, Saint-Martin, Saint- Barthélemy

## Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS)

2018 – 2023



# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>OBJECTIF 1 : FAVORISER L'ACCES AUX DROITS, A LA PREVENTION ET AUX SOINS DES PUBLICS ELOIGNES DU SYSTEME DE SANTE</b> .....	<b>4</b>
OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : FLUIDIFIER LES CIRCUITS D'OUVERTURE DES DROITS.....	4
OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : OPTIMISER ET FINALISER LE DISPOSITIF PASS.....	5
<b>OBJECTIF 2 : DEVELOPPER LE REPERAGE ET L'ACCOMPAGNEMENT ADAPTE DES PUBLICS PRECAIRES</b> .....	<b>6</b>
OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : DEVELOPPER LES DISPOSITIFS MOBILES DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE.....	6
OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : ACCOMPAGNER LES ENFANTS ET LES JEUNES EN SITUATION DE PRECARITE.....	6
OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : CONTRIBUER A UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA SANTE MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE.....	7
OBJECTIF OPERATIONNEL 4 : AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SOUS-MAIN DE JUSTICE.....	8
OBJECTIF OPERATIONNEL 5 : AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN ERRANCE OU EN HEBERGEMENT .....	8
<b>OBJECTIF 3 : DEVELOPPER LES ACTIONS DE FORMATION/D'INFORMATION POUR LES PROFESSIONNELS</b> .....	<b>10</b>
OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE A LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PERSONNES PRECAIRES .....	10
OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : CONFORTER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL AU REPERAGE DES BESOINS EN SANTE DES PERSONNES PRECAIRES.....	10
<b>ANNEXES : LES FICHES PROGRAMME</b> .....	<b>12</b>
<b>OBJECTIF 1 : FAVORISER L'ACCES AUX DROITS, A LA PREVENTION ET AUX SOINS DES PUBLICS ELOIGNES DU SYSTEME DE SANTE</b> .....	<b>12</b>
OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : FLUIDIFIER LES CIRCUITS D'OUVERTURE DES DROITS.....	12
OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : OPTIMISER ET FINALISER LE DISPOSITIF PASS .....	20
<b>OBJECTIF 2 : DEVELOPPER LE REPERAGE ET L'ACCOMPAGNEMENT ADAPTE DES PUBLICS PRECAIRES</b> .....	<b>25</b>
OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : DEVELOPPER LES DISPOSITIFS MOBILES DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE .....	25
OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : ACCOMPAGNER LES ENFANTS ET LES JEUNES EN SITUATION DE PRECARITE .....	29
OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : CONTRIBUER A UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA SANTE MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE.....	33
OBJECTIF OPERATIONNEL 4 : AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SOUS-MAIN DE JUSTICE .....	37
OBJECTIF OPERATIONNEL 5 : AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN ERRANCE OU EN HEBERGEMENT .....	38
<b>OBJECTIF 3 : DEVELOPPER LES ACTIONS DE FORMATION/D'INFORMATION POUR LES PROFESSIONNELS</b> .....	<b>43</b>
OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE A LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PERSONNES PRECAIRES .....	43
OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : CONFORTER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL AU REPERAGE DES BESOINS EN SANTE DES PERSONNES PRECAIRES.....	46

## INTRODUCTION

Le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) vise à **favoriser l'accompagnement des personnes les plus démunies du territoire régional dans leur parcours de santé**, notamment en veillant à les accompagner le plus tôt possible, particulièrement avec des actions « d'aller-vers ». Les priorités en direction des plus fragiles sont :

- La réduction des inégalités sociales de santé (ISS) en agissant auprès des personnes les plus éloignées du système de santé
- La construction d'une coordination territoriale des politiques intersectorielles (logement, emploi, éducation, sanitaire, social, médico-social...) qui s'exerce dans les structures de droit commun, selon la logique de parcours
- La déclinaison d'un plan d'action opérationnel, permettant de mobiliser une diversité de levier dont : les PASS ; les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) ; la médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique ; ...

Le PRAPS a vocation à développer et décliner des éléments inscrits dans le Schéma Régional de Santé, faisant de ce programme d'actions un **complément à part entière du SRS** et donc un élément central du Projet de Santé.

Ainsi, le PRAPS doit s'imposer comme **un document directeur pour l'ARS et ses partenaires pour les 5 prochaines années**, permettant de développer l'accès aux soins mais également des conditions de vie favorables à la santé, pour les personnes les plus démunies de Guadeloupe et des îles du Nord. Dans ce cadre, le PRAPS 2018 – 2023 identifie trois axes d'intervention :

1. Favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics éloignés du système de santé
2. Développer le repérage et l'accompagnement adapté des publics précaires
3. Développer les actions de formation/d'information pour les professionnels

Pour chacun de ces enjeux, l'ARS a mobilisé ses partenaires (institutionnels et associatifs) pour identifier, collectivement, l'état des besoins sur le territoire et en déduire, en conséquence, les actions pertinentes à déployer vis-à-vis des publics cibles.

Le présent document présente ainsi ces projets d'intervention à travers des fiches actions présentant les projets structurants relatifs aux objectifs opérationnels que s'est assignée l'ARS.



# OBJECTIF 1 : FAVORISER L'ACCES AUX DROITS, A LA PREVENTION ET AUX SOINS DES PUBLICS ELOIGNES DU SYSTEME DE SANTE

## Objectif opérationnel 1 : Fluidifier les circuits d'ouverture des droits

### Cibles

Les personnes précaires dont les droits ne sont pas ouverts

### Indicateurs de mesure

Abaisser de 3% le renoncement aux soins du public cible

Les personnes en situation de précarité et de vulnérabilité sont souvent confrontées à des obstacles et des freins à l'accès aux droits et aux soins – freins d'ordre socio-économiques ou freins liés à la fois à la complexité et la lourdeur que représentent pour elles les démarches administratives, à une méconnaissance de leurs droits, voire à des refus de soins. Ces situations peuvent aboutir à un renoncement aux soins pour des publics vulnérables et éloignés du système de santé et constituent en cela un véritable obstacle à la réduction des inégalités sociales de santé. Un rapport de 2014 du Défenseur des droits atteste que le manque d'information, l'incompréhension du dispositif, la complexité des démarches, la peur de la stigmatisation et du contrôle contribuent fortement au non recours aux droits à la CMU-C, l'ACS et l'AME. En Guadeloupe, près d'un cinquième des Guadeloupéens (18 %) déclarent avoir renoncé, pour des raisons financières, à des soins dentaires, proportion comparable à celle observée en métropole (17 %). Le renoncement à des lunettes, verres, montures ou lentilles, apparaît en revanche légèrement plus fréquent en Guadeloupe qu'en métropole (15 % vs 12 %), de même que le renoncement à une consultation de médecin (généraliste ou spécialiste), qui concerne plus d'un Guadeloupéen sur dix (11 %), situant ce département à un niveau de renoncement supérieur à celui observé en métropole (8 %), mais comparable à celui observé dans les autres DFA (Départements Français d'Amérique).

Pour lutter contre ce constat, l'Assurance Maladie s'engage dans un nouveau PLANIR (**P**lan **L**ocal d'**A**ccompagnement du **N**on recours, des **I**ncompréhensions et des **R**uptures). PLANIR est un dispositif porté par l'Assurance Maladie de Guadeloupe, dans lequel l'ARS souhaite particulièrement s'inscrire pour éviter toute redondance, renforcer la cohérence des actions locales et pour développer la coopération territoriale. En effet, PLANIR à travers ses différents axes d'intervention, permet d'apporter une diversité de réponses aux défis que représente l'ouverture des droits pour un certain nombre de publics démunis.

Il s'agira donc, dans le cadre du PLANIR de mettre en place des actions ciblant certains publics qui rencontrent le plus fréquemment des difficultés dans leurs démarches d'ouverture de droits : les bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), les consultants des permanences d'Accès aux soins de santé (PASS), les jeunes – via la définition d'un Parcours Santé Jeunes -, les bénéficiaires de la CMU-

C/ACS. En parallèle, de ces actions ciblées, il s’agira pour l’Assurance Maladie et ses partenaires de mettre en place la Plate-forme d’Intervention Départementale pour l’accès aux Soins et à la santé (PFIDASS) permettant d’accompagner de manière individualisée les assurés en situation de difficulté pour accéder aux soins ou en situation de renoncement aux soins. Enfin, afin de soutenir et d’assurer le relais des professionnels de santé de ville, confrontés au quotidien aux problématiques d’accès aux droits et aux soins, une « Ligne urgence précarité » sera mise en place.

## Objectif opérationnel 2 : Optimiser et finaliser le dispositif PASS

### Cibles

Les professionnels des établissements de santé

### Indicateurs de mesure

Ouverture de la Permanence d’Accès aux Soins de Santé (PASS) du CHU de Pointe-à-Pitre

Les permanences d’accès aux soins de santé (PASS) proposent un accueil inconditionnel et un accompagnement dans l’accès au système de santé des personnes sans couverture médicale ou avec une couverture partielle. Leur rôle est de faciliter l’accès aux soins des personnes démunies et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. C’est un dispositif créé par l’article L. 6112-6 du code de santé publique, particulièrement adapté aux personnes en situation de précarité. La PASS est un maillon essentiel de la prise en charge des personnes précaires. Elle assure la passerelle entre l’hôpital et la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale en ambulatoire.

Aujourd’hui il existe une PASS au Centre Hospitalier de Basse-Terre (CHBT) et une au Centre Hospitalier (Cambrai) à Saint-Martin. Néanmoins, aucune PASS n’est déployée sur le CHU de Pointe-à-Pitre, pourtant principale structure de santé du territoire.

Ainsi, d’ici 2023, le principal projet défendu par l’ARS et ses partenaires vise à installer la PASS au CHU de Pointe-à-Pitre. Il s’agira également de renforcer les passerelles entre les PASS et les professionnels de santé libéraux, la Plate-forme territoriale d’Appui et les travailleurs et/ou organismes sociaux. Au-delà de ces coopérations qui restent à renforcer et structurer, un plan de communication sera mis en place de manière à mieux faire connaître ce dispositif, ses missions et son fonctionnement.

## OBJECTIF 2 : DEVELOPPER LE REPERAGE ET L'ACCOMPAGNEMENT ADAPTE DES PUBLICS PRECAIRES

### Objectif opérationnel 1 : Développer les dispositifs mobiles de prévention et de prise en charge

#### Cibles

Les populations précaires

#### Indicateurs de mesure

Déploiement d'au moins « deux dispositifs d'aller-vers » par communauté d'agglomération

L'accessibilité physique peut être un obstacle aux soins. Ainsi la création de dispositifs mobiles doit permettre d'apporter une offre de soins au plus près des populations précaires, en difficultés pour se déplacer. Au-delà de la question de la mobilité, le déploiement de « dispositifs d'aller-vers » - leviers de la lutte contre le non recours, doit permettre d'aller au-devant des personnes éloignées des dispositifs pour favoriser leur accompagnement vers l'offre de soins et de prévention.

Ainsi, il s'agira d'initier, par un travail collaboratif avec les collectivités territoriales, des démarches en proximité, intersectorielles et multi-partenariales, permettant de favoriser les actions de santé communautaire et la participation des publics cibles. Cela permettra, entre autres, de lutter contre le non recours aux soins pour les personnes qui ne se rendraient pas par elles-mêmes dans les lieux dédiés ; mais également d'améliorer les compétences psychosociales des plus démunis, pour leur permettre de prendre confiance et de se mobiliser pour leur santé.

Trois projets s'inscrivent dans cette réflexion et seront menés sur la durée du PRAPS : la mise en place d'une unité mobile de soins dentaires, d'équipes itinérantes, et d'épiceries sociales itinérantes.

### Objectif opérationnel 2 : Accompagner les enfants et les jeunes en situation de précarité

#### Cibles

Les jeunes en situation de précarité et d'obésité

#### Indicateurs de mesure

Réduire de 5% l'obésité chez le public cible

Outre le déploiement et la structuration d'une politique globale de promotion de la santé irriguant l'ensemble des politiques publiques, il est essentiel de renforcer les actions en direction des jeunes enfants et des enfants, dans la mesure où il est reconnu que consacrer une grande partie des ressources aux approches précoces permet de meilleurs retours sur investissements et que les inégalités sociales de santé se creusent dès l'enfance. En effet, la petite enfance est une période

cruciale dans la construction de l'individu, et les contextes sociaux exercent très tôt une influence sur la santé future des individus. Comme le souligne un rapport de l'IGAS<sup>1</sup> publié en 2011 « *dès la grossesse et la naissance, il existe des disparités de santé entre catégories socioprofessionnelles : le taux de prématurité est près de deux fois plus élevé chez les salariées de services aux particuliers que chez les cadres (6,4% contre 3,9%). En grande section de maternelle, plus d'un enfant d'ouvrier sur sept (13,9%) est en surcharge pondérale, contre 8,6% de ceux dont le père est cadre [...] les inégalités de santé dans l'enfance [...] dépendent de facteurs qui échappent à toute responsabilité individuelle et représentent pour cela une injustice sociale.* »

Par ailleurs, l'obésité représente aujourd'hui un problème de santé publique majeur et commun à de nombreux pays développés, tout particulièrement en Guadeloupe. Cette maladie augmente le risque de survenue de nombreuses pathologies et a un fort retentissement sur le bien-être psychosocial des individus. Elle résulte le plus souvent d'interactions entre des facteurs génétiques, des facteurs liés au développement *in utero* et des facteurs environnementaux, comportementaux et psychosociaux. De ce fait, l'obésité impacte particulièrement les publics considérés comme fragiles.

Sur la durée du PRAPS, plusieurs projets seront mis en place avec pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé en s'adressant aux enfants et aux familles : la mise en place du programme PRALIMAP-INES-Guadeloupe pour diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité en milieu scolaire et une action visant à renforcer la prise en charge et l'accompagnement des enfants pendant les 1000 premiers jours de vie.

### Objectif opérationnel 3 : Contribuer à une meilleure prise en compte de la santé mentale des personnes en situation de précarité

#### Cibles

Les personnes précaires souffrant de troubles mentaux

#### Indicateurs de mesure

Création d'au moins deux interfaces entre le secteur de la psychiatrie et les structures d'accompagnement social

Les interactions entre santé mentale et précarité sont complexes. Des enquêtes spécifiques menées sur les lieux de vie des populations précaires attestent cependant de la surreprésentation des maladies mentales au sein des populations en situation de précarité.

Cela comporte deux dimensions :

- Le trouble mental participe à la précarisation des personnes en altérant leurs relations avec l'entourage au sens large avec un fort risque de rupture sociale et de rupture dans le maintien dans le logement

<sup>1</sup> « Les inégalités sociales de santé dans l'enfance – Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant », Alain LOPEZ, Dr Françoise SCHAETZEL, Marguerite MOLEUX, Claire SCOTTON. RM2011-065P, Mai 2011.

- Les situations de précarité entraînent l'apparition de troubles et augmentent la souffrance psychique.

Dans le cadre du PRAPS, plusieurs projets ont vocation à être déployés autour de deux grandes orientations : il s'agira à la fois d'améliorer la prévention et le repérage des troubles en santé mentale chez les personnes en situation de précarité de manière à mieux les orienter dans le système de soins et de renforcer les liens et la coordination entre acteurs du soins, du médico-social et du social afin d'améliorer le parcours de soin en psychiatrie des personnes en situation de précarité.

Il s'agira ainsi de structurer une interface de proximité entre secteur de psychiatrie et structures sociales, renforcer les dispositifs d'aller-vers telles que les équipes mobiles précarité psychiatrie (EMPP), et de se saisir des Conseils Locaux de Santé pour mieux coordonner les acteurs du social et du soin et définir des actions tenant compte des situations de précarité.

## Objectif opérationnel 4 : Améliorer la prise en charge des personnes sous-main de justice

### Cibles

Les personnes sous-main de justice

### Indicateurs de mesure

Nombre de téléconsultations réalisées dans les établissements pénitentiaires

Les personnes placées sous-main de justice – dont les personnes détenues – doivent avoir accès à une qualité et une continuité de soin. Cela nécessite la mise en place d'une organisation spécifique conciliant la dimension sanitaire et la mission de surveillance/sécurité. Les acteurs pénitentiaires doivent établir une coopération étroite, dans le respect de leurs attributions mutuelles, avec un objectif commun : l'amélioration constante de la santé des personnes détenues

Les évolutions du système de santé, en matière d'offre de soins, se retrouvent dans les établissements pénitentiaires. La télémédecine, composante de la télésanté, mobilise les technologies de l'information et de la communication : elle est particulièrement adaptée pour réduire les délais d'accès aux soins des personnes détenues.

Il s'agit ainsi de déployer la télémédecine dans le centre pénitentiaire et la maison d'arrêt du territoire, facilitant l'accès à des professionnels de santé.

## Objectif opérationnel 5 : Améliorer la prise en charge des personnes en errance ou en hébergement

### Cibles

Les personnes en errance

### Indicateurs de mesure

Ouverture de :

- 15 Lits Halte Soins Santé (LHSS)
- 18 Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)

- 8 places d'Appartement de  
Coordination Thérapeutique (ACT)

Il a été recensé, sur le territoire régional, un certain nombre de personnes errantes, particulièrement sur les communautés d'agglomération de Cap Excellence et de la Riviera du Levant. Pour améliorer la prise en charge de ce public en errance, il faudrait coordonner et renforcer les dispositifs existants ou encore créer de nouveaux dispositifs comme des lieux d'accueil.

Ainsi, il s'agira dans le cadre de cet objectif de mettre en place des lieux d'accueil pour les personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures parce que :

- la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue
- les pathologies sont lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures.

D'ici 2023, il s'agira donc de renforcer l'offre en Lits Haltes-Soins Santé (LHSS), de mettre en place des Lits d'Accueil Médicalisé (LAM) ainsi que des Appartements de coordination thérapeutique. Parallèlement, une meilleure prise en compte de la santé somatique et psychique des personnes accueillies en CHRS est recherchée, avec le développement de coordinations entre professionnels et structures de soins et CHRS.

document soumis à la consultation

## OBJECTIF 3 : DEVELOPPER LES ACTIONS DE FORMATION/D'INFORMATION POUR LES PROFESSIONNELS

### Objectif opérationnel 1 : Accompagner les professionnels de la santé à la prise en charge globale des personnes précaires

#### Cibles

Les professionnels de la santé

#### Indicateurs de mesure

Proposer au moins une formation spécifique par an à l'attention de professionnels de la santé

L'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation de précarité exige une approche globale qui doit dépasser le cloisonnement encore existant entre le sanitaire, le médico-social et le social, mais également une plus grande prise en compte par les professionnels de santé des spécificités de ces publics.

Sur la durée du PRAPS, deux objectifs seront poursuivis de concert. D'une part le renforcement de la formation initiale et continue des acteurs susceptibles d'intervenir en faveur des publics précaires : en effet, l'intervention auprès des publics précaires demande aux professionnels (de santé, médico-social, ...) de veiller, dans sa pratique, à être au plus près des besoins de l'utilisateur ce qui nécessite d'améliorer leur connaissance des problématiques de santé des personnes précaires et des déterminants sociaux de santé. D'autre part, il s'agira d'améliorer la connaissance, par les professionnels de santé de premier recours, des dispositifs spécifiques « santé/précarité » existants sur le territoire afin qu'ils puissent mieux orienter les patients vers l'existant et savoir où trouver un appui en tant que professionnel.

### Objectif opérationnel 2 : Conforter la formation des professionnels de l'accompagnement social au repérage des besoins en santé des personnes précaires

#### Cibles

Les professionnels de l'accompagnement social

#### Indicateurs de mesure

Proposer au moins une formation spécifique par an à l'attention de professionnels de la santé

Les travailleurs sociaux ainsi que les autres professionnels de l'accompagnement social sont confrontés aux problèmes de santé des personnes en situation de précarité. Les problématiques de santé complexifient souvent l'accompagnement en se révélant souvent comme un frein à l'insertion sociale et professionnelle. Dans ce cadre, il s'agit d'apporter à ces professionnels des outils permettant de bien identifier le rôle qu'ils peuvent jouer dans la démarche de santé des publics qu'ils accompagnent.

Pour ce faire, dans le cadre du PRAPS, il s'agira de mieux sensibiliser et outiller les professionnels pour leur permettre de faciliter leur repérage et celui de l'utilisateur qu'ils accompagnent dans le système de santé afin d'améliorer l'articulation des accompagnements entre le social / insertion / santé.

document soumis à la consultation



# ANNEXES : LES FICHES PROGRAMME

## OBJECTIF 1 : FAVORISER L'ACCES AUX DROITS, A LA PREVENTION ET AUX SOINS DES PUBLICS ELOIGNES DU SYSTEME DE SANTE

### Objectif opérationnel 1 : Fluidifier les circuits d'ouverture des droits

<b>Finalité</b>
PLANIR (Plan Local d'Accompagnement du Non recours, des Incompréhensions et des Ruptures), est un dispositif porté par l'Assurance Maladie de Guadeloupe, dans lequel l'ARS souhaite particulièrement s'inscrire pour éviter toute redondance, renforcer la cohérence des actions locales et pour développer la coopération territoriale. En effet, PLANIR à travers ses différents axes d'intervention (cf. projets structurants ci-dessous), permet d'apporter une diversité de réponses aux défis que représente l'ouverture des droits pour un certain nombre de publics démunis.
<b>Programme d'actions à 5 ans</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet structurant 1 : Définir une approche globale pour les bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)</li> <li>▶ Projet structurant 2 : Créer une Ligne Urgence Précarité (LUP)</li> <li>▶ Projet structurant 3 : Accompagner les consultants des permanences d'Accès aux Soins de Santé</li> <li>▶ Projet structurant 4 : Définir le Parcours Santé Jeunes (PSJ)</li> <li>▶ Projet structurant 5 : Accompagner les bénéficiaires de la CMU-C/ACS</li> <li>▶ Projet structurant 6 : Installer la Plate-forme d'Intervention Départementale pour l'accès aux Soins et à la santé</li> </ul>
<b>Lien programmes ou plans d'action existants</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan contre la pauvreté et l'inclusion sociale</li> <li>• Schéma enfance-famille-jeunesse du Département</li> </ul>
<b>Indicateurs de suivi évaluation</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délai de traitement des demandes</li> <li>• Nombre d'Examen Périodique de Santé (EPS) réalisé</li> <li>• Nombre de signalements</li> <li>• Nombre de dossiers clôturés</li> <li>• Nombre d'ateliers prévention</li> <li>• Nombre de bilans de santé réalisé</li> <li>• Augmentation du nombre de bénéficiaires CMU-C et ACS</li> </ul>

- Nombre d'accompagnements aux droits
- Nombre d'accompagnements financiers
- Nombre d'orientations dans le parcours de soins

document soumis à la consultation

▶ <b>Projet structurant 1 : Définir une approche globale pour les bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)</b>	
<b>Description</b>	
<p><b>Objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolider ou initier un engagement durable de l'Assurance Maladie et du Conseil départemental</li> <li>• Formaliser l'engagement de l'Assurance Maladie par la signature d'une convention de partenariat</li> <li>• Proposer une procédure globale de gestion des bénéficiaires de l'ASE via un mode opératoire</li> <li>• Proposer un service global permettant aux structures d'accueil des enfants d'être acteurs de l'accès aux droits et aux soins</li> </ul> <p><b>Actions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleure gestion des droits à l'entrée, lors du renouvellement, et à la sortie du dispositif</li> <li>• Offre d'Examen Périodique de Santé (EPS) proposée aux structures et familles d'accueil des jeunes bénéficiaires de l'ASE</li> </ul> <p><b>Modalités :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement dans un délai de 14 jours calendaires maximum afin de garantir la réactivité et la rapidité de l'offre de service</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• Conseil Départemental</li> <li>• Structures et familles d'accueil des jeunes bénéficiaires de l'ASE et de la PJJ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfants mineurs placés au titre des pupilles de la nation</li> <li>• Enfants mineurs étrangers seuls sur le territoire</li> <li>• Enfants placés suite à un jugement ou en placement direct</li> </ul>
Indicateurs	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délai de traitement des demandes</li> <li>• Nombre d'Examen Périodique de Santé (EPS) réalisé</li> <li>• Signature de conventions de partenariat entre le Conseil Départemental et l'Assurance Maladie / PJJ</li> <li>• Procédure globale de gestion des bénéficiaires de l'ASE et de la PJJ</li> <li>• Offre de service aux structures d'accueil</li> </ul>	

▶ <b>Projet structurant 2 : Créer une Ligne Urgence Précarité (LUP)</b>	
<b>Description</b>	
<b>Objectifs :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre aux professionnels de santé, via la mise à disposition d'un numéro unique et confidentiel dédié, de procéder au signalement de toute situation d'urgence couplée à une problématique d'accès aux droits de l'Assurance Maladie</li> <li>• Repérer les situations à risque, communiquer auprès des bénéficiaires potentiels et les accompagner afin de garantir l'effectivité des droits</li> </ul>	
<b>Actions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès rapide et direct à un interlocuteur unique de l'Assurance Maladie</li> <li>• Retour d'information à la clôture du dossier vers le partenaire à l'origine du signalement et l'assuré</li> </ul>	
<b>Modalités :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement rapide de la situation de l'assuré en situation de soins imminents pour permettre la prise en charge des frais de santé (instruction du dossier complet dans un délai maximum de 72 heures à réception des pièces)</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• CHU</li> <li>• CH Saint-Martin et Sint Marteen Medical Center</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• URPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionnels de santé, confrontés au quotidien aux problématiques d'accès aux droits et aux soins</li> </ul>
<b>Indicateurs</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de signalements</li> <li>• Délai de traitement</li> <li>• Nombre de dossiers clôturés</li> <li>• Plan de communication vers les professionnels de santé</li> </ul>	

▶ <b>Projet structurant 3 : Accompagner les consultants des permanences d'Accès aux Soins de Santé</b>	
<b>Description</b>	
<p><b>Objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Favoriser un accès réel et rapide aux droits et aux soins pour les personnes pouvant être en difficulté administrative et utilisant l'hôpital public comme point d'entrée privilégié dans le système de soins</li> </ul> <p><b>Actions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li> limiter les allers et retours de dossiers incomplets entre la CGSS et le demandeur</li> <li> Sécuriser les facturations pour les établissements de santé (facturation rapide et correcte des actes, séjours et consultations)</li> <li> Eviter la notification d'une créance pour les personnes hospitalisées en l'absence de PUMA ou de dossier à jour</li> </ul> <p><b>Modalités :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li> Traitement attentionné           <ul style="list-style-type: none"> <li> Contrôle systématique de la complétude et de la recevabilité du dossier en amont de son instruction</li> <li> Dossier incomplet non rejeté et renvoyé au demandeur, mais retourné au représentant de la PASS avec indication des compléments à apporter</li> <li> Accompagnement par le Service Social de l'Assurance Maladie, pour des dossiers de personnes hospitalisées signalées par la PASS et nécessitant un accompagnement social</li> </ul> </li> <li> Traitement rapide           <ul style="list-style-type: none"> <li> Garantir des délais de traitements rapides pour les dossiers urgents</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li> ARS</li> <li> Assurance Maladie</li> <li> Personnel de la PASS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li> Personnes prises en charge par la PASS dont l'absence de droits de base (dans le cadre de la PUMA) ou de droits complémentaires compromet la réalisation de soins immédiats ou futurs (Hospitaliers ou ambulatoires)</li> </ul>
<b>Indicateurs</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li> Délai de traitement des demandes</li> <li> Nombre de demandes traitées</li> <li> Signature de convention entre l'Assurance Maladie et les CH disposant d'une PASS</li> </ul>	

▶ <b>Projet structurant 4 : Définir le Parcours Santé Jeunes (PSJ)</b>	
<b>Description</b>	
<p><b>Objectifs :</b> Promouvoir une offre de service attentionnée destinée aux jeunes (parcours de vie et parcours professionnels marqués par la mobilité ou la précarité, exposition au risque de pauvreté, problématiques de santé spécifiques, faible connaissance des démarches à effectuer pour être affilié)</p> <p><b>Actions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueillir le jeune lors d'un entretien ou d'un bilan personnalisé (si nécessaire après prise en compte de sa situation)</li> <li>• Garantir une couverture maladie complète</li> <li>• Inscrire le jeune dans une démarche de sensibilisation à sa santé par la réalisation d'un bilan de santé et/ou par sa participation à des ateliers prévention adaptés portant sur des thématiques spécifiques</li> <li>• Accompagner le jeune dans une démarche d'insertion par la santé</li> </ul> <p><b>Modalités :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement dans un délai de 14 jours calendaires maximum afin de garantir la réactivité et la rapidité de l'offre de services</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mission locale</li> <li>• CFA Jean BELLOC</li> <li>• CFA de l'URMA</li> <li>• Ecole de la 2<sup>ème</sup> chance (ER2C)</li> <li>• Jeunes PJJ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population jeune (16 à 25 ans – 30 ans pour l'école de la 2<sup>ème</sup> chance) en situation de vulnérabilité</li> </ul>
<b>Indicateurs</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délai de traitement des demandes</li> <li>• Nombre d'ateliers prévention</li> <li>• Nombre de bilan de santé réalisé</li> <li>• Signature de conventions de partenariat</li> </ul>	

▶ <b>Projet structurant 5 : Accompagner les bénéficiaires de la CMU-C/ACS</b>	
<b>Description</b>	
<p><b>Objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser le recours à la CMU-C et à l'ACS dans un objectif de lutte contre le renoncement aux soins</li> <li>• Augmenter le nombre de bénéficiaires de la CMU-C (2,6%) et de l'ACS (10%)</li> </ul> <p><b>Actions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'un circuit privilégié entre la CGSS et le partenaire en charge de la constitution des dossiers</li> <li>• Bilan de santé proposé aux personnes entrant dans le dispositif</li> </ul> <p><b>Modalités :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement dans un délai de 30 jours calendaires maximum (délai de traitement autorisé par la CNAMTS : 60 jours) afin de garantir la réactivité et la rapidité de l'offre de services</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le secours catholique</li> <li>• La croix rouge</li> <li>• CHRS (Acajou Alternatives, Saint-Vincent de Paul)</li> <li>• CCAS</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• PJJ et ASE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes pouvant être en situation de fragilité</li> <li>• Protection de l'enfance</li> <li>• Jeunes sous main de justice</li> </ul>
<b>Indicateurs</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délai de traitement des demandes</li> <li>• Augmentation du nombre de bénéficiaires CMU-C et ACS</li> <li>• Nombre de bilan de santé réalisé</li> <li>• Signature de convention de partenariat</li> <li>• Actions de formation/information organisées par l'Assurance Maladie à destination des équipes des partenaires</li> <li>• Désignation d'un référent PLANIR à la CGSS</li> </ul>	

▶ <b>Projet structurant 6 : Installer la Plate-forme d'Intervention pour l'Accès aux Soins et à la santé</b>	
Description	
<p><b>Objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Repérer les difficultés d'accès aux soins.</li> <li>Réaliser le bilan des droits</li> <li>Accompagner vers la réalisation des soins</li> <li>Conseiller vers le bon parcours de santé</li> </ul> <p><b>Actions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Repérage : déclaration spontanée de l'assuré ou questionnaire réalisé par le professionnel</li> <li>Bilan des droits : un bilan exhaustif est réalisé pour avoir une vision globale de la situation administrative de l'assurée. Une recherche des droits sociaux autres que ceux de l'assurance maladie sont également effectuée</li> <li>Accompagnement vers la réalisation des soins peut se décliner en trois niveaux :               <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1- Accompagnement aux droits</b>, création, mutation, ouverture ou mise à jour des droits, attribution de carte vitale, enregistrement d'un médecin traitant ; études des droits à la CMU-C/ACS ou à l'aide financière supplémentaire locale ; information relative aux droits et à leurs usages ; accompagnement au choix d'un contrat et d'un organisme complémentaire</li> <li><b>2- Accompagnement financier en réduisant le reste à charge</b>, négociation sur le montant du devis initialement établi, octroi éventuel d'une aide financière d'Action Sanitaire et Sociale de la CPAM, recherche d'aides financières complémentaires auprès des partenaires</li> <li><b>3- Orientation dans le parcours de soins</b>, informations et conseils donnés à l'assuré pour le guider dans le choix d'un professionnel de santé correspondant à ses critères administratifs (dans le respect du principe de libre choix) et faciliter son orientation dans le système de soins</li> </ol> </li> <li>Conseiller vers le bon parcours de santé</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Professionnels de santé libéraux (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers)</li> <li>Professionnels des institutions (travailleurs sociaux, agents d'accueil, personnels de santé...)</li> <li>Professionnels du milieu associatif</li> <li>Assurance maladie (CGSS)</li> <li>Préfecture</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurés en situation de difficulté pour accéder aux soins ou en situation de renoncement aux soins</li> </ul>
Indicateurs	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de bilan des droits réalisés par an</li> <li>Nombre de personnes repérées par an</li> <li>Montant investissement annuel</li> </ul>	



## Objectif opérationnel 2 : Optimiser et finaliser le dispositif PASS

Finalité
<p>Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) proposent un accueil inconditionnel et un accompagnement dans l'accès au système de santé des personnes sans couverture médicale ou avec une couverture partielle. Leur rôle est de faciliter l'accès aux soins des personnes démunies et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. C'est un dispositif créé par l'article L. 6112-6 du code de santé publique, particulièrement adapté aux personnes en situation de précarité.</p> <p>Aujourd'hui il existe une PASS au Centre Hospitalier de Basse-Terre (CHBT) et une au Centre Hospitalier (Cambrai) à Saint-Martin. Néanmoins, aucune PASS n'est déployée sur le CHU de Pointe-à-Pitre, pourtant principale structure de santé du territoire.</p>
Programme d'actions à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet structurant 1 : Installer la PASS du CHU de Pointe-à-Pitre</li> <li>▶ Projet structurant 2 : Favoriser les passerelles entre les PASS et les professionnels de santé libéraux</li> <li>▶ Projet structurant 3 : Favoriser les passerelles entre les PASS, la PTA et les travailleurs et/ou les organismes sociaux</li> <li>▶ Projet structurant 4 : Mettre en place un plan de communication autour de ce dispositif</li> </ul>
Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La loi de lutte contre les exclusions de 1998</li> <li>• Le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale du 21 janvier 2013</li> <li>• La circulaire DGOS du 18 juin 2013</li> </ul>
Indicateurs de suivi évaluation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouverture de la PASS du CHU</li> <li>• Signature de convention entre les différentes PASS du territoire</li> <li>• Nombre d'ouverture de droits par an et par PASS</li> <li>• Nombre d'orientation vers la médecine de ville</li> <li>• Nombre d'actions de communication réalisées</li> </ul>

▶ <b>Projet structurant 1 : Installer la PASS au CHU</b>	
<b>Description</b>	
<p>A ce jour, s'il existe une PASS au CHBT, le CHU n'en dispose pas alors que les personnes en situation de précarité recourent plus souvent que le reste de la population aux services des urgences. Ces passages au service d'urgence du CHU de Pointe-à-Pitre donnent lieu à des hospitalisations avec des durées plus longues. Pour autant, et malgré cette durée d'hospitalisation, cette prise en charge sanitaire ne permet pas d'aborder de réponses à l'ensemble des problématiques sociales et médico-sociales de ces personnes en situation de précarité. La PASS va permettre de mieux prendre en compte l'ensemble des difficultés du patient, pour aboutir à une prise en charge médicale ambulatoire, sociale et médico-sociale.</p>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• CHU</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• DJSCS</li> <li>• URPS</li> <li>• PTA</li> <li>• MAIA</li> <li>• Associations du champ de la prise en charge des personnes en situation de précarité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes en situation de précarité</li> </ul>
<b>Indicateurs</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installation d'un comité de pilotage incluant les acteurs externes stratégiques</li> <li>• Signature de conventions de partenariat</li> <li>• Démarrage de l'activité (file active)</li> </ul>	

► <b>Projet structurant 2 : Favoriser les passerelles entre la PASS et les professionnels de santé libéraux</b>	
<b>Description</b>	
Les PASS se doivent d’amener leurs patients vers une prise en charge médicale de droit commun. Ainsi une fois le patient stabilisé, il doit être ré-adressé vers les acteurs de santé de Ville pour permettre la continuité du parcours de soin. Pour cela, il convient de mobiliser ces acteurs, notamment les URPS, pour définir un processus clair et efficace, favorisant ce parcours de soin.	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• URPS</li> <li>• PTA</li> <li>• MAIA</li> <li>• Associations</li> <li>• Collectivités</li> <li>• Assurance Maladie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les professionnels de santé</li> </ul>
<b>Indicateurs</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installation d’un comité de pilotage</li> <li>• Nombre de réunion du Copil par an</li> <li>• Définition d’un processus d’échange entre Ville-Hôpital</li> </ul>	

document soumis à la consultation

▶ <b>Projet structurant 3 : Favoriser les passerelles entre Les PASS, la PTA et les travailleurs et/ou les organismes sociaux</b>	
Description	
<p>La Plateforme Territoriale d'Appui, participe à la prise en charge de situations complexes. L'une des caractéristiques principales des personnes précaires est la complexité de leur situation et la non prise en compte de leur santé.</p> <p>Par ailleurs les travailleurs sociaux ou organismes sociaux mettent en place un accueil et accompagnement social individuel qui participent à l'ouverture des droits et à l'identification de problèmes de santé.</p> <p>Les PASS permettent un accueil et un accompagnement dans l'accès au système de santé aux personnes précaires.</p> <p>Dans ce cadre, il apparait nécessaire de définir un processus d'échange entre les PASS, la PTA et les travailleurs et/ou organismes sociaux du territoire pour contribuer à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser un accès aux soins dans le droit commun</li> <li>• Faciliter l'accès aux professionnels de santé libéraux identifiés dans le réseau de la PTA</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• URPS</li> <li>• PTA</li> <li>• Associations</li> <li>• Collectivités</li> <li>• Services sociaux des collectivités/CCAS</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• Les établissements de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La PTA</li> <li>• Les travailleurs de l'accompagnement social</li> <li>• Les PASS</li> </ul>
Indicateurs	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installation d'un comité de pilotage</li> <li>• Nombre de réunion du Copil par an</li> <li>• Définition d'un processus d'échange entre la PTA et les travailleurs et/ou organismes sociaux</li> </ul>	

▶ <b>Projet structurant 4 : Mettre en place un plan de communication autour de la PASS</b>	
<b>Description</b>	
<p>La PASS est un maillon essentiel de la prise en charge des personnes précaires. Elle assure la passerelle entre l'hôpital et la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale en ambulatoire. Ainsi, un travail de sensibilisation sur ce dispositif auprès des publics cibles et des professionnels doit permettre une amélioration de sa mobilisation et, in fine, de l'accès aux droits. Ainsi, il conviendra de réaliser un travail de communication auprès des publics cibles de la PASS, en s'appuyant sur le tissu des acteurs de proximité pouvant jouer un rôle de relai (CCAS, la croix rouge, ...). D'autre part, il sera nécessaire d'informer sur ce dispositif les professionnels du territoire, tant Ville qu'Hôpital.</p>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• CHU</li> <li>• CH de Saint-Martin</li> <li>• Assurance maladie</li> <li>• DJSCS</li> <li>• URPS</li> <li>• PTA</li> <li>• MAIA</li> <li>• CCAS/Services sociaux des collectivités</li> <li>• Association du champ de la prise en charge des personnes en situation de précarité ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les professionnels de santé</li> <li>• Les personnes en situation de précarité</li> </ul>
<b>Indicateurs</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'opération de communication par an par public</li> <li>• Nombre de conventionnement avec la PASS</li> </ul>	

## OBJECTIF 2 : DEVELOPPER LE REPERAGE ET L'ACCOMPAGNEMENT ADAPTE DES PUBLICS PRECAIRES

### Objectif opérationnel 1 : Développer les dispositifs mobiles de prévention et de prise en charge

Finalité
<p>L'accessibilité physique peut être un obstacle aux soins mais les soins spécifiques proposés sur le territoire apparaissent également insuffisants. Ainsi la création de dispositifs mobiles doit permettre d'apporter une offre de soins au plus près des populations précaires, en difficultés pour se déplacer.</p> <p>Ainsi, il s'agira d'initier, par un travail collaboratif avec les collectivités territoriales, des démarches en proximité, intersectorielles et multi-partenariales, permettant de favoriser les actions de santé communautaires et la participation des publics cibles. Cela permettra, entre autres, de lutter contre le non recours aux droits pour les personnes qui ne se rendraient pas par elles-mêmes dans les lieux dédiés ; mais également d'améliorer les compétences psychosociales des plus démunis, pour leur permettre de prendre confiance et de se mobiliser pour leur santé.</p>
Programme d'actions à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet structurant 1 : Mise en place d'épiceries sociales itinérantes</li> <li>▶ Projet structurant 2 : Mise en place d'une unité mobile de soins dentaires sur le territoire</li> <li>▶ Projet structurant 3 : Mailler le territoire en équipes itinérantes</li> </ul>
Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, alinéa 3, 4, 5, 6 qui réaffirme les missions des institutions sociales et médico-sociales sur l'éducation, l'insertion, l'accompagnement, le développement social et culturel.</li> <li>• Loi de modernisation agricole du 27 juillet 2010 dont un des plans d'action définit dans le programme national pour l'alimentation vise : <ul style="list-style-type: none"> <li>- à offrir une alimentation équilibrée et diversifiée aux plus démunis,</li> <li>- à informer et sensibiliser le public à l'équilibre nutritionnel.</li> </ul> </li> </ul>
Indicateurs de suivi évaluation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'épiceries sociales itinérantes sur le territoire</li> <li>• Nombre de personnes accompagnées</li> <li>• Nombre d'ouverture de droit</li> <li>• Nombre de personnes orientées vers les actions des contrats locaux de santé</li> <li>• Nombre de fiches de liaisons entre associations/institutions/organismes</li> </ul>

► **Projet structurant 1 : Mise en place d'épicerie sociales itinérantes**

L'épicerie sociale itinérante prend la forme d'un bus urbain aménagé en épicerie et en lieu d'accueil des usagers. Ce bus assure des permanences dans des lieux définis pour vendre des produits alimentaires et d'hygiène ; offre permettant « d'attirer » des publics démunis afin de leur proposer, en complément, un accompagnement individuel et/ou des actions collectives. La vente doit ainsi servir de « produit d'appel » pour capter ce public précaire.

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etat (DJSCS)</li> <li>• ARS</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• La CAF</li> <li>• Conseil Départemental/Conseils Territoriaux</li> <li>• Les associations (secours catholique, La croix rouge, Saint-Vincent de Paul, ...)</li> <li>• La banque alimentaire</li> <li>• Les communautés d'agglomérations</li> <li>• CCAS/Services sociaux des collectivités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes isolées ou familles en situations d'endettement ou surendettement</li> <li>• Usagers sans droits ouverts</li> <li>• Bénéficiaires de minima sociaux</li> <li>• Les chômeurs</li> <li>• Les retraités percevant une faible pension</li> </ul>
Indicateurs de moyen	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de bus mis en service</li> <li>• Nombre de conventions signées</li> <li>• Nombre de session de formation à destination des agents territoriaux et</li> </ul>	

document soumis à la consultation

▶ <b>Projet structurant 2 : Mise en place d'une unité mobile de soins dentaires sur le territoire</b>	
Description	
<p>Les personnes précaires présentent régulièrement des problèmes dentaires. Cette problématique influe à la fois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sur leur état de santé car les dents jouent un rôle important dans l'alimentation</li> <li>- Sur leur réinsertion puisqu'une mauvaise dentition peut-être un frein sur la confiance en soi et sur la présentation générale d'un individu.</li> </ul> <p>Le projet doit apporter une offre dentaire de proximité et adaptée aux personnes en situation de précarité vivant seules ou en établissement médico-social. Un suivi dentaire de qualité (hygiène, prévention, soins) fait en effet partie des soins primaires et indispensables. Cette unité mobile de soins dentaires doit être une structure aux techniques adaptées à la population cibles.</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• URPS</li> <li>• Mutualité Française</li> <li>• Etablissements médicaux-sociaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes en situation de précarité vivant seules ou en établissement</li> </ul>
Indicateurs	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installation d'un comité de pilotage incluant les acteurs stratégiques</li> <li>• Signature de conventions de partenariat</li> <li>• Existence de l'activité</li> <li>• Nombre de personnes soignées par mois considérées comme démunies</li> </ul>	



▶ <b>Projet structurant 3 : Mailler le territoire en équipes mobiles itinérantes</b>	
Description	
<p>Le bus santé précarité doit être un dispositif visant la lutte contre le renoncement aux soins de santé. Il permettrait d’accompagner vers les soins le public en situation de précarité en réalisant un bilan de santé complet durant une journée. Dans le cadre de cette offre, une attention particulière devra être apportée sur la vaccination et le dépistage. L’action a ainsi pour finalité de mobiliser les partenaires et les usagers afin d’enclencher une réflexion autour de la santé.</p>	
<p><b>Les objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser la prise de conscience des bénéficiaires sur la nécessité de préserver leur capital santé et développer des comportements de santé responsables</li> <li>- Apporter une information claire sur l’accès aux droits en matière de santé afin de favoriser les démarches de soins</li> <li>- Lutter contre l’isolement et remobiliser les personnes par la formation et la mise en place d’une action conviviale et participative,</li> <li>- Permettre de promouvoir la vaccination hors les murs</li> </ul>	
<p>L’action s’organisera en trois temps :</p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1- <b>Intervention sociale</b> d’aide à la personne : lors des entretiens avec les publics fréquentant les structures médico-sociales du territoire, il sera proposé aux bénéficiaires pour qui les travailleurs sociaux détectent une problématique en matière de santé de participer à l’action</li> <li>2- <b>Contractualisation</b> : pour ce faire, le référent social désigné, présente l’action au bénéficiaire et transmet le bulletin d’inscription</li> <li>3- <b>Lancement de l’action</b> une fois un groupe de bénéficiaires constitué.</li> </ol>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etat (DJSCS)</li> <li>• ARS</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• La CAF</li> <li>• Conseil Départemental/Conseils Territoriaux</li> <li>• Les opérateurs associatifs du secteur social et médico-social</li> <li>• Les CCAS</li> <li>• Les communautés d’agglomérations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le public en situation de précarité</li> </ul>
Indicateurs	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d’un appel à projet</li> <li>• Nombre de bilan de santé réalisé</li> <li>• Nombre d’orientation dans des parcours de soins</li> </ul>	

## Objectif opérationnel 2 : Accompagner les enfants et les jeunes en situation de précarité

<p><b>Finalité</b></p> <p>L'obésité représente aujourd'hui un problème de santé publique majeur et commun à de nombreux pays développés, tout particulièrement en Guadeloupe. Cette maladie augmente le risque de survenue de nombreuses pathologies et a un fort retentissement sur le bien-être psychosocial des individus. Elle résulte le plus souvent d'interactions entre des facteurs génétiques, des facteurs liés au développement <i>in utéro</i> et des facteurs environnementaux, comportementaux et psychosociaux. De ce fait, l'obésité impacte particulièrement les publics considérés comme fragiles.</p> <p>L'ARS, à travers le PRAPS, souhaite donc :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuer à la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants de son territoire</li> <li>• Promouvoir une pratique d'activité physique et sportive de qualité, favorable à la santé</li> <li>• Promouvoir les facteurs nutritionnels protecteurs que sont la consommation de fruits et d'eau et la pratique d'activités physiques, auprès d'élèves d'écoles élémentaires, notamment au sein des quartiers prioritaires.</li> <li>• Renforcer la capacité des professionnels à mettre en place des projets d'éducation nutritionnelle (alimentation et activité physique) auprès des publics cibles</li> </ul>
<p><b>Programme d'actions à 5 ans</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet structurant 1 : Mise en place du Programme PRALIMAP-INES-Guadeloupe</li> <li>▶ Projet structurant 2 : Prise en charge et accompagnement des enfants pendant les 1000 premiers jours de vie</li> </ul>
<p><b>Lien programmes ou plans d'action existants</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme national nutrition santé (PNNS)</li> <li>• Programme PALIMAP-INES</li> </ul>
<p><b>Indicateurs de suivi évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'orientations vers le système de soin, centre spécialisé de l'obésité</li> <li>- Taux d'élèves ayant perdu du poids</li> </ul>

► **Projet structurant 1 : Mise en place du Programme PRALIMAP-INES-Guadeloupe**

**Description**

L'essai PRALIMAP-INES a permis de montrer qu'une stratégie de prise en charge adaptée pour les adolescents de milieux sociaux moins favorisés a le même effet qu'une stratégie de prise en charge standard pour les milieux sociaux favorisés sur la réduction de l'excès de poids.

Le programme PRALIMAP-INES Guadeloupe propose la mise en place d'une prévention secondaire (dépistage et accompagnement) des enfants et adolescents de milieu précaire, en y associant la mise en place d'une stratégie de coordination et d'articulation des acteurs de santé des différents niveaux :

- Professionnels de santé des établissements scolaires,
- Médecins traitants,
- Professionnels de terrain pour la prise en charge (psychologues, diététiciens et professionnels de l'activité physique)
- Le CSO

**Objectif général**

- Diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité en milieu scolaire sans aggraver les inégalités sociales de santé

**Objectifs spécifiques**

- Perfectionner les connaissances en alimentation et en activité physique
- Améliorer les conduites alimentaires et les pratiques d'activité physique
- Améliorer la qualité de vie

**Objectifs opérationnels :**

- Structurer et coordonner un réseau d'acteurs formés et capable de prendre en charge les élèves en situation de surpoids et d'obésité
- Mettre en place un système de suivi des élèves en situation d'obésité sévère

**Actions :**

- **Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)**
- Bilan des ressources, difficultés et priorités de l'adolescent
- Bilan intermédiaire avec réajustement si nécessaire
- Bilan global et envisager un projet individualisé
  
- **Sollicitation renforcée des élèves et des familles**
- Information et incitation des élèves et des parents
  
- **Soutien financier**
- Distribution aux élèves d'un équipement destiné à la pratique de l'activité physique, participation financière à l'achat de la licence ...
  
- **Annuaire de l'offre et de dispositifs d'aides financières en activité physique**
- Distribution de l'annuaire aux élèves concernés
  
- **Entretiens motivationnels**
- 5 séances d'une heure environ au rythme d'une séance tous les 15 jours sont proposées dans le but de faire émerger dans le discours de l'élève des éléments relatif au changement vis-à-vis du surpoids ou de l'obésité

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Entretien de motivation en activité physique</b></li> <li>• Entretien d’une heure environ pour identifier les leviers et les obstacles à la pratique d’activité physique</li> <li>• <b>Atelier Alimentation</b></li> <li>• 2 séances d’une heure à une heure et trente minutes organisées dans l’enceinte de l’établissement</li> <li>• Mise en place de relais – coordination avec le système de soin, centre spécialisé de l’obésité</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rectorat</li> <li>• L’IRPES</li> <li>• L’ARS</li> <li>• Professionnels de santé des établissements scolaires,</li> <li>• Médecins traitants,</li> <li>• Professionnels de terrain pour la prise en charge (psychologues, diététiciens et professionnels de l’activité physique)</li> <li>• Le CSO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les élèves sur une classe d’âge en collège (4<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup>) soit environ 1 300 élèves</li> </ul>
Indicateurs	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d’orientations vers le système de soin, centre spécialisé de l’obésité</li> <li>• Taux d’élèves ayant perdu du poids</li> <li>• Nombre de réunions de Concertation Pluridisciplinaire</li> <li>• Nombre d’appels téléphoniques</li> <li>• Nombre d’annuaires distribué</li> <li>• Nombre d’entretiens réalisés</li> <li>• Nombre d’ateliers réalisés</li> </ul>	

▶ <b>Projet structurant 2 : Prise en charge et accompagnement des enfants pendant les 1000 premiers jours de vie</b>	
Description	
<p>Certaines populations méritent une attention particulière compte-tenu de leur vulnérabilité sociale. Faciliter l'accompagnement de ces personnes permet d'assurer un suivi adéquat de leur état de santé mais aussi de leur progéniture et donc de la génération future. Pour cela il faudrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer une plateforme d'écoute et de conseil sous forme de numéro vert</li> <li>• Orienter les populations isolées et en grande précarité vers les acteurs du soin et de l'accompagnement</li> <li>• Identifier et passer par les différents canaux de communication utilisés par les populations pour transmettre les messages de prévention</li> <li>• Introduire des entretiens hygiéno-diététiques pendant la consultation du 4<sup>ème</sup> mois</li> <li>• Renforcer les visites à domicile en santé post-natal</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Conseil départemental/Conseils Territoriaux</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• Professionnels de santé,</li> <li>• Médecins traitants,</li> <li>• GIP-RASPEG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les populations précaires</li> </ul>
Indicateurs	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre de la plateforme d'écoute</li> <li>• Nombre d'actions de communication spécifiques</li> <li>• Nombre d'entretiens hygiéno-diététique réalisés</li> <li>• Nombre de visites à domicile</li> </ul>	

## Objectif opérationnel 3 : Contribuer à une meilleure prise en compte de la santé mentale des personnes en situation de précarité

Finalité
<p>Les interactions entre santé mentale et précarité sont complexes. Des enquêtes spécifiques menées sur les lieux de vie des populations précaires attestent cependant de la surreprésentation des maladies mentales au sein des populations en situation de précarité.</p> <p>Cela comporte deux dimensions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le trouble mental participe à la précarisation des personnes en altérant leurs relations avec l’entourage au sens large avec un fort risque de rupture sociale et de rupture dans le maintien dans le logement</li> <li>• Les situations de précarité entraînent l’apparition de troubles et augmentent la souffrance psychique.</li> </ul> <p>Plusieurs projets ont vocation à être déployés autour de deux grandes orientations : il s’agira à la fois d’améliorer la prévention et le repérage des troubles en santé mentale chez les personnes en situation de précarité de manière à mieux les orienter dans le système de soins et de renforcer les liens et la coordination entre acteurs du soins, du médico-social et du social afin d’améliorer le parcours de soin en psychiatrie des personnes en situation de précarité.</p>
Programme d’actions à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet structurant 1 : Structurer une interface de proximité entre secteur de psychiatrie et structures sociales</li> <li>▶ Projet structurant 2 : Déployer le dispositif des EMPP sur l’ensemble du territoire</li> <li>▶ Projet structurant 3 : Inscrire de manière systématique la précarité dans les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)</li> </ul>
Lien programmes ou plans d’action existants
Indicateurs de suivi évaluation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place de partenariats formalisés entre les professionnels de l’accompagnement social, les bailleurs sociaux et les structures de psychiatrie</li> <li>• Augmentation du taux de couverture du territoire par les EMPP</li> <li>• Inscription d’un volet « Précarité » dans les CLSM</li> </ul>

► **Projet structurant 1 : Structurer une interface de proximité entre secteur de psychiatrie et structures sociales**

Plusieurs enquêtes démontrent les interactions entre la santé mentale et la précarité. Mais les personnes en situation de précarité sont prises en charge dans les structures sociales pour le volet social de l'accompagnement alors que la prise en charge des troubles se fait par le secteur, déconnecté, de la psychiatrie d'où l'importance de structurer une interface de proximité, qui peut prendre la forme d'un dispositif de repérage et d'accompagnement, entre le secteur de la psychiatrie et les structures sociales.

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• DJSCS</li> <li>• Collectivités territoriales</li> <li>• CAF</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• Opérateurs associatifs</li> <li>• Bailleurs sociaux</li> <li>• Structure de coordination (PTA, MAIA...)</li> <li>• Etablissements de santé (psychiatrie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes précaires souffrant de troubles</li> </ul>
<b>Indicateurs</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place de partenariats formalisés entre les structures d'accompagnement social, les bailleurs sociaux et les structures de psychiatrie</li> </ul>	

▶ <b>Projet structurant 2 : Déployer le dispositif des EMPP sur l'ensemble du territoire</b>	
<p>Les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) constituent le dispositif à même de répondre aux besoins des populations et des professionnels sociaux. Elles permettent de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'accès aux soins. Ce dispositif mérite d'être poursuivi et renforcé sur l'ensemble du territoire, en particulier sur celui de la communauté d'agglomération de cap excellence. Il permettra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'aller au-devant des personnes afin de faciliter la prévention, le repérage des besoins et l'orientation vers les dispositifs de soins,</li> <li>• De créer du lien entre les secteurs de la psychiatrie et les équipes sociales et médico-sociales pour faciliter la coordination de la prise en charge. L'amélioration de la coordination favorise une continuité dans le parcours de soin en psychiatrie des personnes en situation de précarité</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• URPS</li> <li>• PASS</li> <li>• DJSCS</li> <li>• Conseil Départemental/Conseils Territoriaux</li> <li>• Opérateurs associatifs</li> <li>• Les structures de coordination (PTA, MAIA, ...)</li> <li>• Etablissement de psychiatrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes précaires souffrant de troubles</li> </ul>
Indicateurs	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de patients en file active des EMPP</li> <li>• Nombre de contacts réalisés par les EMPP</li> <li>• Augmentation du taux de couverture du territoire par les EMPP</li> </ul>	



► **Projet structurant 3 : Inscrire de manière systématique la précarité dans les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)**

"Le Conseil local de santé mentale (CLSM) est une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants. Il a pour objectif de définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population ». Le CLSM correspond à un territoire de proximité qui doit être pertinent pour les acteurs locaux (infra-communal, communal ou intercommunal) et pour les acteurs du secteur de psychiatrie. Il définit des objectifs stratégiques et opérationnels.

L'ARS souhaite que les CLSM du territoire existant ou à venir prennent particulièrement en compte la précarité et cherchent à développer des actions visant à accompagner spécifiquement ces publics.

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Collectivités, Communautés d'agglomération</li> <li>• DJSCS</li> <li>• CAF</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• Opérateurs associatifs</li> <li>• Etablissements de santé (psychiatrie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes précaires souffrant de troubles</li> </ul>
Indicateurs	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscription d'un volet « Précarité » dans les CLSM</li> </ul>	

document soumis à la consultation

## Objectif opérationnel 4 : Améliorer la prise en charge des personnes sous-main de justice

Finalité
Les personnes placées sous-main de justice – dont les personnes détenues – doivent avoir accès à une qualité et une continuité de soin. Cela nécessite la mise en place d’une organisation spécifique conciliant la dimension sanitaire et la mission de surveillance/sécurité. Les acteurs pénitentiaires doivent établir une coopération étroite, dans le respect de leurs attributions mutuelles, avec un objectif commun : l’amélioration constante de la santé des personnes détenues
Projets structurants à 5 ans
▶ Projet structurant 1 : Déploiement de la télémédecine dans les établissements pénitentiaires
Lien programmes ou plans d’action existants
Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues - septembre 2004
Indicateurs de suivi - évaluation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction des délais d’accès aux soins pour les personnes détenues</li> <li>• Amélioration de l’état de santé des personnes détenues</li> <li>• Diminution du nombre d’extractions à but médical</li> </ul>

▶ Projet structurant 1 : Déploiement de la télémédecine dans les établissements pénitentiaires	
Description	
<p>Les évolutions du système de santé, en matière d’offre de soins, se retrouvent dans les établissements pénitentiaires. La télémédecine, composante de la télésanté, mobilise les technologies de l’information et de la communication : elle est particulièrement adaptée pour réduire les délais d’accès aux soins des personnes détenues.</p> <p>Les actes médicaux sont réalisés à distance, soit par téléconsultation – le patient et/ou le professionnel à ses côtés fournissant les informations et le praticien à distance posant le diagnostic – ou par télé-expertise – le médecin sollicitant à distance l’avis d’un confrère à partir d’informations sur le patient. Ainsi les extractions à but médical des personnes détenues peuvent être limitées.</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• URPS</li> <li>• GCS</li> <li>• Les établissements de santé – Unité sanitaire</li> <li>• Les établissements pénitentiaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes détenues</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de téléconsultations</li> <li>• Taux d’extraction à but médical</li> </ul>	

## Objectif opérationnel 5 : Améliorer la prise en charge des personnes en errance ou en hébergement

Finalité
<p>Il a été recensé, sur le territoire régional, un certain nombre de personnes errantes, particulièrement sur les communautés d'agglomération de Cap Excellence et de la Riviera du Levant. Pour améliorer la prise en charge de ce public en errance, il faudrait coordonner et renforcer les dispositifs existants ou encore créer de nouveaux dispositifs comme des lieux d'accueil.</p> <p>Ainsi, il s'agira dans le cadre de cet objectif de mettre en place des lieux d'accueil pour les personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures parce que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue</li> <li>• les pathologies sont lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures.</li> </ul>
Programme d'actions à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet structurant 1 : Renforcement de l'offre en Lits Haltes Soins Santé (LHSS)</li> <li>▶ Projet structurant 2 : Implantation de Lits d'Accueil Médicalisé (LAM)</li> <li>▶ Projet structurant 3 : Mettre en place des Appartements de Coordination Thérapeutique « Un Chez-soi d'abord »</li> <li>▶ Projet structurant 4 : Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en CHRS</li> </ul>
Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PDALHPD</li> </ul>
Indicateurs de suivi évaluation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'appels à projet (AAP)</li> <li>• Nombre de réponses par AAP</li> <li>• Nombre d'ouvertures de lits</li> </ul>

▶ <b>Projet structurant 1 : Renforcement de l'offre en Lits Haltes Soins Santé (LHSS)</b>	
Description	
<p>Les structures dénommées "lits halte soins santé" accueillent temporairement des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie dans la rue. Elles ont pour missions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient, et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;</li> <li>• De mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;</li> <li>• D'élaborer avec la personne un projet de sortie individuel. Elles sont ouvertes vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. La durée prévisionnelle de séjour est de 2 mois, éventuellement renouvelables. Elles disposent d'une équipe pluridisciplinaire.</li> </ul> <p>Dans ce cadre, il s'agira pour l'ARS de procéder à la diffusion d'appels à projets pour des LHSS.</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Conseil Départemental/Conseils Territoriaux</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• Opérateurs associatifs</li> <li>• Etablissements de santé</li> <li>• CCAS/Services sociaux des collectivités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes majeures sans domicile fixe</li> </ul>
Indicateurs	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de lits LHSS ouverts par an</li> <li>• Lancement de l'appel à projet</li> <li>• Nombre de réponses à l'appel à projet</li> </ul>	

▶ <b>Projet structurant 2 : Implantation de Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)</b>	
<b>Description</b>	
<p>Les structures dénommées “lits d'accueil médicalisés” accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures. Elles ont pour missions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;</li> <li>• D'apporter une aide à la vie quotidienne adaptée ;</li> <li>• De mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;</li> <li>• D'élaborer avec la personne un projet de vie et de le mettre en œuvre.</li> <li>• Elles sont ouvertes vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. La durée du séjour n'est pas limitée et est adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne. Elles disposent d'une équipe pluridisciplinaire composée notamment d'infirmiers diplômés présents vingt-quatre heures sur vingt-quatre.</li> </ul> <p>Dans ce cadre, il s'agira pour l'ARS de procéder à la diffusion d'appels à projets pour des LAM.</p>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Conseil Départemental/Conseils Territoriaux</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• Opérateurs associatifs</li> <li>• Etablissement de santé</li> <li>• CCAS/Services sociaux des collectivités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes majeures sans domicile fixe</li> </ul>
<b>Indicateurs</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de LAM ouverts</li> <li>• Lancement de l'appel à projet</li> <li>• Nombre de réponses à l'appel à projet</li> </ul>	

► **Projet structurant 3 : Mettre en place des Appartements de Coordination Thérapeutique « Un Chez-soi d'abord »**

**Description**

Ce dispositif « a pour objet exclusif de permettre à des personnes majeures, durablement sans-abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères :

- D'accéder sans délai, suite à leur intégration dans le dispositif, à un logement en location ou en sous-location et de s'y maintenir,
- De développer leur accès aux droits et à des soins efficaces, leur autonomie et leur intégration sociale »

Les personnes accueillies bénéficient d'un accompagnement médico-social adapté à domicile ou sur tout autre lieu du territoire, qui est réévalué au moins une fois par an. Le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » vise ainsi au rétablissement des personnes accueillies. Son objectif est donc double, d'une part le rétablissement à l'égard de la maladie mentale en donnant la primauté aux choix de la personne et en mettant l'accent sur l'expérience subjective à l'égard de la maladie. Ce processus repose sur l'appropriation du pouvoir d'agir, l'espoir ou la quête d'une vie meilleure. D'autre part, la promotion de la santé mentale positive s'appuyant sur le renforcement des compétences personnelles, l'estime de soi, le développement de rôles et d'activités enrichissantes favorisant son inclusion sociale. Le soutien visera à la fois la personne elle-même et la mise en place de conditions favorables à son rétablissement dans son environnement de vie.

Le dispositif s'articule notamment avec l'ensemble des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux inscrits sur le territoire et vise à garantir un accompagnement dans le cadre d'un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture en s'appuyant autant que de besoin sur l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir en amont ou en aval du dispositif.

Dans ce cadre, il s'agira pour l'ARS de procéder à la diffusion d'appels à projets pour des Appartements de Coordination Thérapeutique « Un Chez-soi d'abord ».

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• DJSCS</li> <li>• Conseil Départemental/Conseils Territoriaux</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• Opérateurs associatifs</li> <li>• Etablissement de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes majeures sans domicile fixe</li> </ul>

**Indicateurs**

- Nombre d'ACT « un chez-soi d'abord » disponible sur le territoire
- Lancement de l'appel à projet
- Nombre de réponses à l'appel à projet

► **Projet structurant 4 : Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en CHRS**

**Description**

Les professionnels de CHRS reçoivent les personnes accueillies à partir d'une première évaluation réalisée par les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO). La mobilité géographique des personnes accueillies due à leur parcours antérieur demande une vigilance particulière sur l'actualisation des droits à la protection sociale et la prise de contact avec le réseau de santé local, le médecin traitant notamment.

- 1- **Il s'assure de la prise en compte de la santé dès l'admission.** Pour cela il faut :
  - Organiser les conditions d'accueil
  - Informer des droits à la santé et des modalités d'articulation entre les professionnels du CHRS et ceux du secteur médical
  - Faciliter l'organisation des bilans médicaux et des dépistages
  - Repérer des signes révélateurs de mauvaise santé, de violence, d'addiction, de souffrance psychique, de handicap
- 2- **Mettre en place un accompagnement à la santé tout au long du parcours.** Pour cela il faut :
  - Valoriser l'image de soi et développer les situations de bien-être et de participation
  - Intégrer dans le projet personnalisé des orientations en faveur de la santé
  - Organiser des actions de prévention et d'éducation adaptées aux problématiques rencontrées par les personnes accueillies
  - Partager avec les personnes accueillies les difficultés qu'elles rencontrent dans leur démarche d'accès à la santé
  - Identifier les contextes les plus salutaires pour favoriser une stabilisation de la santé mentale
  - Développer les démarches de prévention des conduites addictives et de réduction des dommages liés aux addictions
- 3- **Inclure dans le projet d'établissement les actions d'accompagnement personnalisé d'accès à la santé :**
  - Définir une stratégie de promotion de la santé du CHRS
  - Construire les procédures nécessaires à la protection des personnes
  - Définir les besoins en compétences et/ou en formations au sein de l'établissement et soutenir les professionnels

**Acteurs concernés**

- ARS
- DJSCS
- Conseil Départemental/Conseils Territoriaux
- Assurance Maladie
- Opérateurs associatifs
- Etablissements de santé
- Services médico-sociaux (ex : CSAPA, CAARUD...)
- URPS

**Population cible**

- Les professionnels des CHRS

**Indicateurs**

- Nombre d'accompagnement à la santé
- Nombre de projet d'établissement comportant un projet de santé

## OBJECTIF 3 : DEVELOPPER LES ACTIONS DE FORMATION/D'INFORMATION POUR LES PROFESSIONNELS

### Objectif opérationnel 1 : Accompagner les professionnels de la santé à la prise en charge globale des personnes précaires

Finalité
L'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation de précarité exige une approche globale qui doit dépasser le cloisonnement encore existant entre le sanitaire, le médico-social et le social, mais également une plus grande prise en compte par les professionnels de santé des spécificités de ces publics.
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet structurant 1 : Renforcer la formation initiale et continue des acteurs susceptibles d'intervenir en faveur des publics précaires.</li> <li>▶ Projet structurant 2 : Améliorer la connaissance des professionnels de santé en dispositifs spécifiques « santé/précarité » existante sur le territoire.</li> </ul>
Lien programmes ou plans d'action existants
Résultats attendus - indicateurs d'évaluation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visibilité des formations existantes (initiales, continues, diplômantes, etc.)</li> <li>• Elaboration d'outils de communication et d'information spécifiques</li> <li>• Mise en place de passerelles entre les acteurs de la prise en charge (sanitaire, médico-sociale et sociale)</li> <li>• Nombre de formations réalisées</li> <li>• Nombre de stages réalisés par des professionnels de santé dans les structures sociales</li> <li>• Nombre d'outils de communication et d'information élaborés</li> </ul>



▶ <b>Projet structurant 1 : Renforcer la formation initiale et continue des acteurs susceptibles d'intervenir en faveur des publics précaires.</b>	
Description	
<p>L'intervention auprès des publics précaires demande aux professionnels (de santé, médico-social, ...) de veiller, dans sa pratique, à être au plus près des besoins de l'utilisateur. Ceci nécessite un accompagnement des professionnels qui n'ont pas systématiquement été préparés lors de leur formation initiale, aux spécificités du soin auprès de ce type de public (pathologies spécifiques, influence des déterminants sociaux de la santé, nécessité d'une coordination renforcée entre les secteurs sanitaire, médico-social et social...).</p> <p>L'accompagnement des professionnels se fera par des formations spécifiques adaptées afin :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'améliorer leur connaissance sur les problématiques de santé des personnes précaires</li> <li>• D'améliorer leur connaissance des déterminants sociaux de santé</li> <li>• De mettre en place des rencontres d'échanges et de retours d'expériences</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismes de formation régionaux : Université des Antilles, IFSI, faculté de médecine, école de formation au travail social, école de cadres, ESPE, CNFPT...</li> <li>• IREPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionnels de santé</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DU créés</li> <li>• Elaboration de programmes de formation incluant un module spécifique santé/précarité</li> <li>• Développement de stage pour les professionnels de soin dans les structures sociales</li> <li>• Groupe qualité spécifiques à la prise en charge des publics précaires</li> </ul>	

► **Projet structurant 2 : Améliorer la connaissance par les professionnels de santé des dispositifs spécifiques « santé/précarité » existants sur le territoire**

**Description**

L'accès aux soins et l'inscription de l'utilisateur en situation de précarité dans un parcours de soin se révèlent complexes par le nombre d'acteurs et de dispositifs concernés. Il est important d'accompagner les professionnels avec des dispositifs et outils opérationnels rapidement mobilisables.

Pour cela, il est impératif d'améliorer la connaissance des dispositifs, des outils (finalité, missions, périmètre d'intervention...) et des spécificités de la prise en charge des personnes en situation de précarité par les professionnels en mobilisant les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), les professionnels des établissements sanitaires, ...

**Acteurs concernés**

- ARS
- Assurance Maladie
- URPS
- Opérateurs associatifs
- Faculté de médecine, IFSI
- CAF

**Population cible**

- Professionnels de la santé.

**Indicateurs de mise en œuvre**

- Nombre de sessions de formation
- Nombre de coordinations effectuées auprès des professionnels sociaux et médico-sociaux
- Mailing à l'attention de professionnel de santé (avec lien systématique du site internet)

document soumis à consultation

## Objectif opérationnel 2 : Conforter la formation des professionnels de l'accompagnement social au repérage des besoins en santé des personnes précaires

Finalité
Les travailleurs sociaux ainsi que les autres professionnels de l'accompagnement social sont confrontés aux problèmes de santé des personnes en situation de précarité. Ces dernières complexifient l'accompagnement et la prise en charge et se révèlent souvent comme un frein à l'insertion. Dans ce cadre, il s'agit d'apporter à ces professionnels des outils permettant de bien identifier le rôle qu'ils peuvent jouer dans la démarche de santé des publics qu'ils accompagnent.
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet structurant 1 : Améliorer le repérage et l'orientation au sein du système de santé.</li> <li>▶ Projet structurant 2 : Promouvoir des postures bienveillantes favorables au dialogue sur les questions de santé</li> </ul>
Lien programmes ou plans d'action existants
Résultats attendus - indicateurs d'évaluation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation du taux d'orientation vers le système de santé</li> <li>• Prise en compte systématique des questions de santé dans l'accompagnement</li> <li>• Nombre d'action de formation</li> <li>• Nombre d'orientation vers le système de santé</li> <li>• Nombre de personnes formées</li> </ul>

▶ <b>Projet structurant 1 : Améliorer le repérage et l'orientation au sein du système de santé</b>	
Description	
<p>Les professionnels de l'accompagnement social sont, en général, les premiers professionnels à intervenir dans l'accompagnement et la prise en charge des plus démunis. Ils peuvent donc repérer les besoins de soin des personnes.</p> <p>Dans ce contexte, il apparaît intéressant de travailler à la sensibilisation, voire la formation de ces professionnels ; cette dernière doit permettre d'apporter à ces travailleurs les outils permettant de bien identifier le rôle qu'ils peuvent prendre dans la démarche de santé des publics qu'ils accompagnent.</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collectivités territoriales</li> <li>• ARS</li> <li>• CNFPT</li> <li>• IREPS</li> <li>• Opérateurs associatifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les professionnels de l'accompagnement social</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboration de programmes de formation</li> <li>• Inscription et participation des acteurs aux formations proposées.</li> </ul>	

document soumis à la consultation

▶ <b>Projet structurant 2 : Promouvoir des postures bienveillantes favorables au dialogue sur les questions de santé</b>	
Description	
<p>La complexité de l'accompagnement des publics précaires est une problématique à laquelle les professionnels de l'accompagnement social sont souvent confrontés. Dans ce contexte particulier, il convient de renforcer leurs compétences sur les postures bienveillantes, via une formation-action. Il s'agit d'avoir une action centrée sur les besoins, les attentes et les préférences des personnes. L'objectif est ainsi de permettre, grâce à cette relation de confiance qui est établie et confortée, d'avoir un dialogue sur les questions de santé pour ensuite orienter vers les acteurs idoines.</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collectivités territoriales</li> <li>• ARS</li> <li>• CNFPT</li> <li>• IREPS</li> <li>• Opérateurs associatifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les professionnels de l'accompagnement social</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboration de programmes de formation</li> <li>• Inscription et participation des acteurs aux formations proposées</li> </ul>	

document soumis à la consultation

ARS

971-2018-04-05-001

**PROJET REGIONAL DE SANTE 2ème génération  
(Schéma Régional de Santé (SRS))**

**Annexe de l'avis de consultation du PRS 2ème génération**

*PROJET REGIONAL DE SANTE 2ème génération*

*(Schéma Régional de Santé (SRS))*

*Annexe de l'avis de consultation du PRS 2ème génération*

# Projet de Santé Guadeloupe, Saint-Martin, Saint- Barthélemy

## Schéma régional de santé 2018-2023



# Sommaire

<b>PROPOS INTRODUCTIFS .....</b>	<b>5</b>
<b>ORIENTATION 1 : DEVELOPPER UNE OFFRE POUR TOUS TOURNEE VERS LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE.....</b>	<b>6</b>
OBJECTIF 1 : METTRE EN PLACE UNE ORGANISATION POUR REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE BASEE SUR LA PROMOTION DE LA SANTE ET LA PREVENTION .....	7
OBJECTIF 2 : AMELIORER LA QUALITE DES PROGRAMMES D’ACTION EN PROMOTION DE LA SANTE .....	10
OBJECTIF 3 : AGIR SUR LES DETERMINANTS DE SANTE COMPORTEMENTAUX POUR AMELIORER L’ETAT DE SANTE DES POPULATIONS.....	13
 OBJECTIFS DECLINES DANS LE PROJET DE SANTE SAINT-MARTIN ET SAINT-BARTHELEMY 2018-2023 ET INDICATEURS.....	17
<b>ORIENTATION 2 : FAVORISER UNE OFFRE DE SANTE SOUTENANT LES SOINS DE PROXIMITE POUR REDUIRE LES INEGALITES D’ACCES .....</b>	<b>19</b>
OBJECTIF 1 : RENFORCER L’ATTRACTIVITE DES TERRITOIRES POUR AMELIORER L’OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS .....	20
OBJECTIF 2 : RENFORCER LE MAILLAGE DU TERRITOIRE EN OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS EN FAVORISANT LES PRATIQUES PLURIDISCIPLINAIRES ET COORDONNEES .....	23
 OBJECTIFS DECLINES DANS LE PROJET DE SANTE SAINT-MARTIN ET SAINT-BARTHELEMY 2018-2023 ET INDICATEURS.....	25
<b>ORIENTATION 3 : RENFORCER LA PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE ET LES INNOVATIONS EN VUE DE GARANTIR LA QUALITE, LA SECURITE DES SOINS ET L’EFFICIENCE DES PRISES EN CHARGE .....</b>	<b>26</b>
OBJECTIF 1 : OPTIMISER LES ORGANISATIONS, PROMOUVOIR ET RENFORCER LA STRUCTURATION DES FILIERES DE SOINS .....	27
OBJECTIF 2 : AMELIORER L’EFFICIENCE ET LA PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET RENFORCER LA QUALITE, LA PERTINENCE ET LA SECURITE DES SOINS ET DES ACCOMPAGNEMENTS.....	32
OBJECTIF 3 : AMELIORER LA COORDINATION DES ACTEURS AUTOUR DU PATIENT.....	33
OBJECTIF 4 : SE SAISIR DES INNOVATIONS EN SANTE POUR RENFORCER L’ACCES AUX SOINS ET AMELIORER LES PRISES EN CHARGE .	36
OBJECTIF 5 : REORGANISER L’OFFRE DE SOINS DU CHU ET LE REPOSITIONNER DANS LE RESEAU TERRITORIAL SUITE A L’INCENDIE..	38
OBJECTIF 6 : RECONSTRUIRE L’OFFRE DE SANTE A SAINT-MARTIN ET SAINT-BARTHELEMY .....	39
<b>ORIENTATION 4 : ASSURER LA STRUCTURATION DES PARCOURS DE SANTE PRIORITAIRES, DE LA PREVENTION A LA PRISE EN CHARGE, LA READAPTATION ET LE SUIVI .....</b>	<b>47</b>
OBJECTIF 1 : AMELIORER LES PARCOURS DE SANTE DES PUBLICS CIBLES .....	48
OBJECTIF 2 : AMELIORER LES PARCOURS AUTOUR DE SUJETS CLEFS DE SANTE PUBLIQUE .....	56
 OBJECTIFS DECLINES POUR SAINT-MARTIN ET SAINT-BARTHELEMY 2018-2023 ET INDICATEURS .....	61
<b>ORIENTATION 5 : CREER LES CONDITIONS D’UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA SANTE ET AMELIORER LA VEILLE ET LA GESTION DES CRISES ET DES CATASTROPHES SANITAIRES .....</b>	<b>62</b>
OBJECTIF 1 : MIEUX PREPARER ET ORGANISER LES ACTEURS A LA GESTION EFFICACE ET RAPIDE DES RISQUES ET CRISES SANITAIRES	64
OBJECTIF 2 : CREER LES CONDITIONS D’UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA SANTE .....	68
 OBJECTIFS DECLINES POUR SAINT-MARTIN ET SAINT-BARTHELEMY 2018-2023 ET INDICATEURS .....	70
<b>ORIENTATION 6 : ASSURER LE DEVELOPPEMENT D’UNE CULTURE DE DIALOGUE CITOYEN POUR RENFORCER LA DEMOCRATIE EN SANTE ET ACCOMPAGNER L’ENGAGEMENT DES HABITANTS EN FAVEUR DE LEUR SANTE .....</b>	<b>71</b>
OBJECTIF 1 : PLACER L’USAGER COMME ACTEUR CENTRAL DE NOTRE SYSTEME DE SANTE ET CONTRIBUER AU RENFORCEMENT DES ASSOCIATIONS DE PATIENTS ET D’USAGERS .....	72



OBJECTIF 2 : ACCOMPAGNER LES CITOYENS A ETRE ACTEUR DE LEUR PROPRE SANTE .....	76
 OBJECTIFS DECLINES POUR SAINT-MARTIN ET SAINT-BARTHELEMY 2018-2023 ET INDICATEURS .....	78
<b>ORIENTATION 7 : RENFORCER LA COOPERATION REGIONALE CARIBEENNE .....</b>	<b>79</b>
OBJECTIF 1 : ASSURER LA STRUCTURATION D'UNE STRATEGIE DE COOPERATION INTERREGIONALE EN SANTE A L'ECHELLE DE LA CARAÏBE .....	79
OBJECTIF 2 : DEVELOPPER LES FILIERES DE SOINS A L'ECHELLE INTERREGIONALE ET INTERNATIONALE .....	82
 OBJECTIFS DECLINES POUR SAINT-MARTIN ET SAINT-BARTHELEMY 2018-2023 ET INDICATEURS .....	83
<b>ANNEXES.....</b>	<b>84</b>
<b>ANNEXE 1 – OBJECTIFS D'EVOLUTION DE L'OFFRE.....</b>	<b>85</b>
<b>ANNEXE 2– FICHES PROGRAMME.....</b>	<b>97</b>
<b>ORIENTATION 1 : DEVELOPPER UNE OFFRE DE SANTE TOURNEE VERS LA PROMOTION DE LA SANTE INCLUANT LA PREVENTION .....</b>	<b>98</b>
OBJECTIF 1 : METTRE EN PLACE UNE ORGANISATION POUR REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE BASEE SUR LA PROMOTION DE LA SANTE ET LA PREVENTION .....	98
OBJECTIF 2 : AMELIORER LA QUALITE DES PROGRAMMES D'ACTION EN PROMOTION DE LA SANTE.....	104
OBJECTIF 3 : AGIR SUR LES DETERMINANTS DE SANTE COMPORTEMENTAUX POUR AMELIORER L'ETAT DE SANTE DES POPULATIONS .....	109
<b>ORIENTATION 2 : FAVORISER UNE OFFRE DE SANTE SOUTENANT LES SOINS DE PROXIMITE.....</b>	<b>117</b>
OBJECTIF 1 : RENFORCER L'ATTRACTIVITE DES TERRITOIRES POUR AMELIORER L'OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS.....	117
OBJECTIF 2 : RENFORCER LE MAILLAGE DU TERRITOIRE EN OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS EN FAVORISANT LES PRATIQUES PLURIDISCIPLINAIRES ET COORDONNEES .....	121
<b>ORIENTATION 3 : RENFORCER LA PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE ET LES INNOVATIONS EN VUE DE GARANTIR LA QUALITE, LA SECURITE DES SOINS ET L'EFFICIENCE DES PRISES EN CHARGE .....</b>	<b>125</b>
OBJECTIF 1 : OPTIMISER LES ORGANISATIONS, PROMOUVOIR ET RENFORCER LA STRUCTURATION DES FILIERES DE SOINS.....	125
OBJECTIF 2 : AMELIORER L'EFFICIENCE ET LA PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET RENFORCER LA QUALITE, LA PERTINENCE ET LA SECURITE DES SOINS ET DES ACCOMPAGNEMENTS.....	137
OBJECTIF 3 : AMELIORER LA COORDINATION DES ACTEURS AUTOUR DU PATIENT .....	139
OBJECTIF 4 : SE SAISIR DES INNOVATIONS EN SANTE POUR RENFORCER L'ACCES AUX SOINS ET AMELIORER LES PRISES EN CHARGE .....	144
OBJECTIF 5 : RECONSTRUIRE L'OFFRE DE SOINS DU CHU SUITE A L'INCENDIE.....	147
OBJECTIF 6 : RECONSTRUIRE L'OFFRE DE SANTE A SAINT-MARTIN ET SAINT-BARTHELEMY .....	148
<b>ORIENTATION 4 : ASSURER LA STRUCTURATION DES PARCOURS DE SANTE PRIORITAIRES, DE LA PREVENTION A LA PRISE EN CHARGE, LA READAPTATION ET LE SUIVI.....</b>	<b>160</b>
OBJECTIF 1 : AMELIORER LES PARCOURS DE SANTE DES PUBLICS CIBLES .....	160
OBJECTIF 2 : AMELIORER LES PARCOURS AUTOUR DE SUJETS CLEFS DE SANTE PUBLIQUE.....	176
<b>ORIENTATION 5 : CREER LES CONDITIONS D'UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA SANTE ET AMELIORER LA VEILLE ET LA GESTION DES CRISES ET DES CATASTROPHES SANITAIRES.....</b>	<b>192</b>
OBJECTIF 1 : MIEUX PREPARER ET ORGANISER LES ACTEURS A LA GESTION EFFICACE ET RAPIDE DES RISQUES ET CRISES SANITAIRES .....	192
OBJECTIF 2 : CREER LES CONDITIONS D'UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA SANTE .....	198
<b>ORIENTATION 6 : ASSURER LE DEVELOPPEMENT D'UNE CULTURE DE DIALOGUE CITOYEN POUR RENFORCER LA DEMOCRATIE EN SANTE ET ACCOMPAGNER L'ENGAGEMENT DES HABITANTS EN FAVEUR DE LEUR SANTE .....</b>	<b>202</b>

<i>OBJECTIF 1 : PLACER L'USAGER COMME ACTEUR CENTRAL DE NOTRE SYSTEME DE SANTE ET CONTRIBUER AU RENFORCEMENT DES ASSOCIATIONS DE PATIENTS ET D'USAGERS.....</i>	<i>202</i>
<i>OBJECTIF 2 : ACCOMPAGNER LES CITOYENS A ETRE ACTEUR DE LEUR PROPRE SANTE.....</i>	<i>208</i>
<b>ORIENTATION 7 : RENFORCER LA COOPERATION REGIONALE CARIBEENNE.....</b>	<b>212</b>
<i>OBJECTIF 1 : ASSURER LA STRUCTURATION D'UNE STRATEGIE DE COOPERATION INTERREGIONALE EN SANTE A L'ECHELLE DE LA CARAÏBE.....</i>	<i>212</i>
<i>OBJECTIF 2 : DEVELOPPER LES FILIERES DE SOINS A L'ECHELLE INTERREGIONALE ET INTERNATIONALE .....</i>	<i>216</i>

Document soumis à consultation

## PROPOS INTRODUCTIFS

Le Schéma Régional de Santé constitue la déclinaison opérationnelle de la politique régionale de l'ARS pour les 5 années à venir et vise à répondre aux orientations stratégiques et aux grands objectifs définis dans le Cadre d'Orientation Stratégique (COS).

Défini par le décret n°2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé, le Schéma Régional de Santé (SRS) remplace les trois schémas sectoriels qui composaient le premier Projet Régional de Santé : le Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS), le Schéma Régional de l'Offre médico-sociale (SROMS), et le Schéma Régional de Prévention (SRP).

Dans ce cadre, sept orientations stratégiques structureront l'action de l'ARS :

1. Développer une offre pour tous tournée vers la prévention et la promotion de la santé
2. Favoriser une offre de santé soutenant les soins de proximité pour réduire les inégalités d'accès
3. Renforcer la performance du système de santé et les innovations en vue de garantir la qualité, la sécurité des soins et l'efficacité des prises en charge
4. Assurer la structuration des parcours de santé prioritaires
5. Créer les conditions d'un environnement favorable à la santé et améliorer la veille et la gestion des crises et des catastrophes sanitaires
6. Assurer le développement d'une culture de dialogue citoyen pour renforcer la démocratie en santé et accompagner l'engagement des habitants en faveur de leur santé
7. Renforcer la coopération régionale caribéenne

Chaque orientation stratégique est déclinée en objectifs généraux et en objectifs opérationnels auxquels sont rattachés des projets structurants. Des indicateurs ont été définis et seront suivis sur la durée du SRS de manière à évaluer l'atteinte des objectifs, qui contiennent chacun des cibles prioritaires ; sachant qu'en complément, des indicateurs de mise en œuvre faciliteront le suivi du déploiement des projets structurants.

L'ensemble de ces objectifs concerne également les personnes les plus démunies et éloignées du système de santé et trouveront une déclinaison opérationnelle dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

D'autre part, des objectifs dédiés à Saint-Martin et Saint-Barthélemy, s'appuyant sur un bilan des actions de ces dernières années et tenant compte de l'impératif de reconstruction de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale suite aux ouragans Irma et Maria, ont été définis. Un plan d'action spécifique guidant l'intervention de l'ARS et de ses partenaires sur ces COM d'ici 2023 sera également décliné.

Il est à noter aussi que suite à l'incendie du CHU de Guadeloupe en novembre 2017, une réorganisation de l'offre de soins sur le territoire sera mise en place et sera l'occasion de préparer la place du nouveau CHU dans le réseau des établissements et des services de la Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Enfin, les programmes et plans nationaux définis par ailleurs continueront à être mis en œuvre, en complément de ce SRS (leurs liens avec chaque orientation sont ainsi rappelés pour s'assurer de leur cohérence).

## ORIENTATION 1 : DEVELOPPER UNE OFFRE POUR TOUS TOURNEE VERS LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE

La mise en œuvre d'une politique régionale de prévention et de promotion de la santé est essentielle pour réduire les facteurs de risque et de ce fait améliorer la santé. L'état de santé de la population en témoigne ; le territoire connaît une surmortalité (près de 30% des décès le sont), et la surcharge pondérale touche 57% des adultes.

Par ailleurs l'environnement, l'habitat, l'alimentation ou encore les conditions socio-économiques sont autant de déterminants pouvant avoir un impact sur la santé. La diffusion d'une culture de prévention et de promotion de la santé doit donc se faire au niveau de l'ensemble des politiques publiques conformément à la déclaration d'Adélaïde de l'OMS (2010) « sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques » dans le but de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Le COS identifie un certain nombre d'objectifs en ce sens, comprenant notamment l'inscription de la promotion et de la prévention dans toutes les politiques publiques, dans tous les secteurs d'activité, et de façon équitable sur l'ensemble des territoires de l'archipel. Le renforcement des actions de prévention est également prévu, par le biais de la formation et du développement de nouvelles approches basées sur des interventions probantes.

Un certain nombre de leviers opérationnels sont identifiés dans le SRS pour mener à bien ces ambitions: le recours à la promotion de la santé et à la prévention pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, l'amélioration de la qualité des programmes de promotion de la santé et l'action sur les déterminants de santé.

*Rappel des orientations définies dans le Cadre d'Orientation Stratégique :*

- **Inscrire la politique régionale de prévention et de promotion de la santé dans toutes les politiques publiques locales**, en déployant un plaidoyer en santé et en favorisant l'évaluation d'impact sur la santé
- **Diffuser une culture collective de la prévention dans tous les secteurs d'activité**, au sein des filières de soins, chez tous les professionnels de santé. Pour cela, la formation de tous les acteurs aux concepts et programmes de prévention et de promotion de la santé doit être favorisée, par exemple en travaillant au renforcement des compétences psycho-sociales des enfants et des jeunes dans le cadre du parcours éducatif en santé.
- **Développer de nouvelles approches en prévention et promotion de santé**, basées sur les actions probantes, la recherche interventionnelle l'utilisation des nouvelles technologies pour favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé
- **Assurer, sur l'ensemble des territoires de l'archipel et des COM, un accès équitable aux actions de prévention et de promotion de la santé** en mobilisant les intervenants ou en développant les interventions dans les territoires qui sont dépourvus

Pour décliner ces orientations, trois objectifs sont définis sur les 5 années à venir :

- ▶ Le premier visera à mettre en place une organisation pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé basée sur la promotion de la santé et la prévention
- ▶ Le deuxième objectif aura pour but d'améliorer la qualité des programmes d'action en promotion de la santé
- ▶ Le troisième objectif visera à agir sur les déterminants de santé comportementaux pour améliorer l'état de santé des populations

## Objectif 1 : Mettre en place une organisation pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé basée sur la promotion de la santé et la prévention

Le défi de la réduction de la surmortalité prématurée passe obligatoirement par l'action conjuguée de tous les décideurs et médias vers cet objectif. Le système de soins seul ne peut y parvenir compte tenu de son modeste rôle dans l'apparition des maladies. Il est de la responsabilité collective d'agir et d'améliorer les conditions de vie des personnes pour faciliter leur choix.

Cette ambition passe par l'acquisition d'une culture commune en éducation et promotion de la santé, des démarches intersectorielles construites au besoin sur des engagements contractuels et par le choix de stratégies de communication adaptées à la population dans sa diversité.

La mise en œuvre aux stades précoces de la vie d'actions de prévention universelle constitue un levier reconnu et efficace pour diminuer les inégalités sociales et territoriales de santé.

Sont ainsi concernés les enfants en bas âge, leurs parents, les femmes enceintes et les femmes de plus de 25 ans, âge à partir duquel est observée une forte augmentation de la surcharge pondérale et de l'obésité abdominale.

Cette organisation – basée sur la promotion de la santé et la prévention – poursuit les finalités :

- d'une meilleure prise en compte de la santé dans les politiques publiques,
- d'une mesure d'impact des décisions d'aménagement local prises sur la santé
- de la protection des enfants et de leurs familles
- de l'accès à une alimentation saine
- de la réduction de consommation d'alcool comme facteur de mortalité évitable
- de l'inflexion de la courbe de la surcharge pondérale
- d'une prévention des usages nocifs de produits addictifs hors et dans le milieu scolaire

### **Cibles prioritaires :**

- Au moins 1 projet territorial de santé mis en œuvre par EPCI
- 1 plan de communication concerté par sujet prioritaire
- Au moins 3 projets par publics prioritaires sur l'ensemble du territoire

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Programme national nutrition santé (PNNS) 2017 – 2021</li> <li>✓ Plan santé mentale</li> <li>✓ Plan Régional Santé Environnement – PRSE 3</li> <li>✓ Plan chlordécone dont le programme Jafa d'éducation à la santé par la mise en place des jardins créoles exempts de chlordécone</li> <li>✓ Contrats Locaux de Santé</li> </ul>
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Part des appels à projets réalisés dans la concertation territoriale</li> <li>✓ Part des projets visant les publics prioritaires</li> <li>✓ Nombre de CLS signés</li> <li>✓ Nombre de conventions partenariales</li> <li>✓ Nombre de plans mis en œuvre /sujets prioritaires</li> <li>✓ Nombre d'usagers participant aux réunions d'élaboration des plans</li> <li>✓ Nombre d'institutions clés participant à la déclinaison des plans</li> </ul>

## ⇒ Objectif opérationnel 1 : Décloisonner et développer l'intersectorialité

### Cibles prioritaires :

- 1 projet territorial de santé mis en œuvre dans chaque EPCI
- Au moins 3 projets par publics prioritaires sur l'ensemble du territoire

### Indicateurs de mesure :

- Part des appels à projets réalisés dans la concertation territoriale
- Part des projets visant les publics prioritaires
- Nombre de CLS signés
- Nombre de conventions partenariales

Il s'agit ici d'inciter et soutenir les dynamiques territoriales en santé publique et de renforcer l'articulation et la complémentarité entre les différentes politiques publiques locales (politiques de la ville, politique de santé, sociale, urbaine, déchets... partenaires : Etat, Collectivités, Assurance Maladie, usagers, et opérateurs) en particulier pour la mise en œuvre des actions destinées aux publics vulnérables.

Pour atteindre cet objectif de décloisonnement, plusieurs projets seront mis en œuvre. Il s'agira par exemple de renforcer les actions de plaidoyer auprès des décideurs (Etat, élus, responsables communautaires...) autour d'axes prioritaires. Le soutien aux démarches de contractualisations telles que les Contrats Locaux de Santé et les Contrats de ville sera renforcé de manière à soutenir l'engagement des acteurs. Enfin, les acteurs publics seront incités et accompagnés à développer les démarches d'évaluation des impacts sur la santé des politiques publiques. Enfin, la mise en place des actions prévues dans le PRSE 3 devrait également favoriser le décloisonnement entre secteurs et une meilleure intégration des enjeux de santé dans les politiques publiques.

D'ici 2023, ces interventions devront permettre d'atteindre deux grands résultats. D'une part la diffusion d'une culture de promotion de la santé à plusieurs niveaux de politiques publiques : aussi bien auprès des acteurs locaux qu'auprès des acteurs départementaux / régionaux, ce qui sera concrétisé notamment par l'augmentation du nombre de contrats d'engagement de l'ARS et de ses partenaires dans le champ de la santé (CLS, CLSM, conventions de partenariat). D'autre part, une meilleure prise en compte de la santé dans les politiques publiques locales, par exemple dans le champ de la santé-environnement.

## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Promouvoir des stratégies de communication innovantes et adaptées aux différents publics

### Cibles prioritaires

- 1 (un) plan de communication concerté par sujet prioritaire

### Indicateurs de mesure

- Nombre de plans mis en œuvre /sujets prioritaires
- Nombre d'usagers participant aux réunions d'élaboration des plans
- Nombre d'institutions clés participant à la déclinaison des plans

La communication en santé<sup>2</sup> vise à soutenir et accompagner le changement, c'est à dire donner les moyens d'agir et de mettre les conseils en pratique. Cet objectif opérationnel invite les instances ou institutions à travailler de concert pour renforcer l'information des populations cibles (âges précoces de la vie), autour des thématiques prioritaires (nutrition et facteurs de risque de mortalité évitable) et développer des programmes de communication adaptés à la diversité des publics ; en recherchant la participation et l'implication citoyenne. On compte parmi les leviers identifiés l'utilisation de nouvelles stratégies et outils innovants, en veillant à la prise en compte des inégalités d'accès à l'information, ainsi que les inégalités sociales et territoriales de santé.<sup>3</sup>

Dans ce cadre, une diversité de projets sera à mettre en place sur le territoire La coordination de la communication entre institutions (vis-à-vis des publics ciblés) sera à renforcer, particulièrement à travers l'identification d'un panier de services accessibles sur les territoires. Ces différentes actions faciliteront l'émergence d'une communication structurée, autour de messages partagés, plus clairs, plus lisibles et davantage compris de la population, notamment par les publics cibles. Ainsi, ces projets s'inscriront comme la base d'une stratégie de communication coordonnée et formalisée.

In fine, la visibilité-lisibilité de l'animation territoriale en santé déployée sur le territoire en sera facilitée.

<sup>2</sup> Santé publique France, les campagnes de communication, 16 mars 2012

<sup>3</sup> Renaud, Lise, et Carmen Rico de Sotelo. « Communication et santé : des paradigmes concurrents », Santé Publique, vol. vol. 19, no. 1, 2007, pp. 31-38.

## Objectif 2 : Améliorer la qualité des programmes d'action en promotion de la santé

La déclinaison opérationnelle de l'orientation 1 du PRS dépend des possibilités de recourir à des acteurs en capacité de mettre en place des actions de proximité en prévention et promotion de la santé, en adéquation avec ces orientations.

En conséquence, le développement des activités visant à faire monter les acteurs du territoire en compétences est un levier stratégique, et le dispositif régional de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé (ex pôle de compétence) un outil pertinent.

On pose ainsi le principe :

- du développement de l'offre de formations initiales et continues en promotion de la santé ;
- de l'accessibilité de données et interventions validées et faciliter leur intégration par les acteurs de prévention et de promotion de la santé ;
- du développement de la recherche interventionnelle

Cette orientation a pour ambition de :

- Renforcer la visibilité des formations existantes (initiales, continues, diplômantes, etc.)
- Assurer la présence sur le territoire d'acteurs formés et outillés pour mettre en place des actions de prévention et de promotion de la santé de qualité.
- Développer des coopérations entre acteurs du territoire

**Cibles prioritaires :**

- 1 (une) base de données numérique, accessible et probantes sur chaque sujet : nutrition, santé sexuelle et compétences psycho-sociales
- 80 % des projets financés par les institutions publiques sont accompagnés par un professionnel formé à la prévention
- Au moins 1 (une) équipe universitaire régionale impliquée dans la recherche interventionnelle qui porte au moins 2 projets

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Stratégie nationale de santé pour les Outre-Mer</li> <li>✓ Article 92 de la loi de modernisation de notre système de santé</li> </ul>
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nombre de projets accompagnés/nombre de projets financés</li> <li>✓ Nombre de personnes validant le DU mis en place dans la région (promotion de la santé, santé communautaire...)</li> <li>✓ Nombre d'acteurs et de projets accompagnés via le dispositif régional</li> <li>✓ Existence des bases de données</li> <li>✓ Taux de fréquentation des bases</li> <li>✓ Nombre de chercheurs répertoriés</li> <li>✓ Nombre de projets mis en œuvre</li> </ul>



## ⇒ Objectif opérationnel 1 : Accompagner la montée en compétences des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé

### Cibles

- 80 % des projets financés par les institutions publiques sont accompagnés par un professionnel formé à la prévention

### Indicateurs de mesure

- Nombre de projets accompagnés/nombre de projets financés
- Nombre de personnes validant le DU mis en place dans la région (promotion de la santé, santé communautaire...)
- Nombre d'acteurs et de projets accompagnés via le dispositif régional

Conscient de l'enjeu posé en préambule, l'ARS souhaite, d'une part, renforcer la formation initiale et continue des acteurs pouvant jouer un rôle dans la prévention et la promotion de la santé et, d'autre part, promouvoir une démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé.

A terme, ces actions permettront de développer la visibilité des formations existantes (initiales, continues, diplômantes, etc.) pour renforcer la présence, sur le territoire, d'acteurs formés et outillés pour mettre en place des actions de prévention et de promotion de la santé de qualité. Ce vivier ainsi développé offrira plus de possibilités de recours aux acteurs du territoire pour mettre en œuvre les orientations du projet régional de santé, ce qui bénéficiera directement à une coopération territoriale toujours plus effective.

## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Améliorer l'accès à des ressources de qualité

### Cibles prioritaires:

- 1 (une) base de données numérique, accessible et probantes sur chaque sujet : nutrition, santé sexuelle et compétences psycho-sociales

### Indicateurs de mesure

- Existence des bases de données
- Taux de fréquentation des bases

Il s'agit de rendre lisibles les différents types de ressources nationales et régionales mobilisables et faciliter leur accessibilité par les acteurs, selon leur territoire d'intervention.

Plus précisément, l'ARS se propose de faciliter la mobilisation des données probantes dans le cadre des projets d'intervention en prévention et promotion de la santé. Elle souhaite aussi tenir à jour une cartographie des acteurs locaux mobilisables. Enfin elle veillera à promouvoir les outils d'intervention efficaces ainsi que des protocoles d'interventions validés.

Via ces actions, l'ARS entend renforcer la lisibilité sur la répartition géographique des promoteurs d'actions de prévention et de promotion de la santé ainsi que sur les outils et protocoles d'intervention utilisables. Cette transparence accrue favorisera une meilleure prise en compte des données probantes dans l'élaboration des projets de prévention et de promotion de la santé.

### ⇒ Objectif opérationnel 3 : Développer la recherche interventionnelle en promotion de la santé et son utilisation dans les programmes

#### Cibles prioritaires:

Au moins 1 (une) équipe universitaire régionale impliquée dans la recherche interventionnelle qui porte au moins 2 projets

#### Indicateurs de mesure

- Nombre de chercheurs répertoriés
- Nombre de projets mis en œuvre

La recherche interventionnelle vise à produire des connaissances utiles à l'action et aux décideurs. Elle se fonde sur une co-construction de la démarche par des chercheurs et des acteurs de terrain, pour peser sur les déterminants sociaux, culturels et environnementaux de la santé afin de réduire les facteurs de risques de maladies les plus fréquentes. Elle cherche à développer les conditions d'un transfert des connaissances acquises.

La Guadeloupe doit s'inscrire dans cette dynamique avec l'appui d'équipes de recherche plus en avance sur le sujet, pour renforcer les compétences locales. Il faut ainsi progresser dans le choix des modalités d'intervention et le choix des messages, pour être plus efficaces dans la prévention des maladies chroniques ou encore l'accompagnement au vieillissement par exemple. Plus concrètement, il faut favoriser l'interconnaissance entre le monde universitaire et les acteurs de terrain et, plus largement, encourager l'appropriation de la démarche méthodologique d'une recherche interventionnelle. Enfin, il s'avère nécessaire de privilégier les projets de recherche interventionnelle et multidisciplinaire sur le territoire.

A terme, c'est une plus grande adaptation des politiques de prévention aux avancées de la recherche qui est ciblée.

## Objectif 3 : Agir sur les déterminants de santé comportementaux pour améliorer l'état de santé des populations

Il s'agit d'encourager les actions qui visent à renforcer les compétences individuelles et collectives des personnes, des professionnels libéraux et salariés, des établissements de santé et médico-sociaux. On s'attache aussi à développer les compétences psycho sociales en milieu scolaire, en s'appuyant sur les pairs autant que possible, accompagner l'équipe éducative dans la déclinaison du parcours éducatif de santé et répondre aux priorités régionales

L'action collective en faveur des déterminants vise en particulier à :

- Impliquer davantage les professionnels de soins primaires ou de recours dans le dépistage de la surcharge pondérale, la prescription de l'activité physique, le déploiement et/ou la participation aux programmes d'ETP,
- Une amélioration du suivi de grossesse
- L'introduction du RPIB dans les examens de santé
- Impliquer les établissements et les équipes territoriales dans l'initiation de projets de santé et l'accompagnement à l'autonomie en santé des malades chroniques, à la réduction des décès maternels et infantiles
- Renforcer les dépistages hors les murs
- Une organisation dans les services d'obstétrique et au-delà dans la ville qui accompagne la femme dans son désir d'allaitement
- La généralisation des programmes de développement des compétences psycho-sociales des enfants et jeunes adolescents en milieu scolaire
- Déployer des actions proportionnées et adaptées aux caractéristiques des populations et des territoires

### Cibles prioritaires :

- Au moins 30% des médecins généralistes formés à la prescription de l'AP
- Au moins 30% des médecins généralistes formés au dépistage précoce du cancer de la prostate selon le schéma standard
- Au moins 30% des médecins généralistes libéraux formés au RPIB
- Diminution de moitié des amputations du pied liées au diabète
- 1 protocole de surveillance de la grossesse diffusé aux acteurs de la périnatalité
- 100 % des femmes bénéficient des 7 examens prénataux recommandés Réduction de 10 % de la mortalité prématurée dont la moitié pour la mortalité prématurée évitable
- Diminution de 5% du taux de mortalité infantile
- Chaque établissement dispose d'un programme annuel d'actions de prévention
- Au moins 1 (un) projet d'accompagnement à l'autonomie en santé des maladies chroniques
- 100% des enfants de CE2 ont bénéficié du parcours éducatif des CPS
- 1 (un) programme régional par thématique prioritaire en particulier la nutrition avec une déclinaison populationnelle (enfants, femmes et personnes âgées)
- Toutes les actions financées par les partenaires de la CCPP sont inscrites dans OSCARS

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Stratégie nationale de santé – SNS Outre-Mer</li> <li>✓ Charte d'OTTAWA</li> <li>✓ Article 92 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé</li> <li>✓ Programme national nutrition santé (PNNS) 2017 – 2021</li> <li>✓ Plan Régional Sport Santé Bien Etre 2013-2017</li> <li>✓ Plan de lutte contre la mortalité infantile</li> <li>✓ Stratégie nationale santé sexuelle</li> </ul>
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Taux de mortalité prématurée</li> </ul>

- ✓ Nombre de médecins généralistes formés à la prescription d'AP, au dépistage précoce du cancer, au RPIB
- ✓ Taux de surcharge pondérale dans la tranche des 3-15 ans
- ✓ Taux de surcharge pondérale chez les femmes de plus de 25 ans
- ✓ Taux de participation au DO du cancer du sein de + 1% par an
- ✓ Taux de participation au DO du cancer du côlon de + 2% par an
- ✓ Taux de participation au DO du cancer du col
- ✓ Nombre d'amputations liées au diabète
- ✓ Nombre d'examens prénatals par femme
- ✓ Existence d'un protocole de surveillance fait par le Réseau périnatal
- ✓ Taux de mortalité infantile
- ✓ Taux de réalisation du programme annuel d'actions de prévention
- ✓ Nombre de projets d'accompagnement à l'autonomie en santé
- ✓ Nombre d'enseignants formés par école primaire aux CPS
- ✓ Nombre de plans nationaux déclinés en région
- ✓ Taux d'actions inscrites par an dans OSCARS

Document soumis à consultation

## ⇒ Objectif opérationnel 1 : Favoriser les pratiques préventives individuelles et collectives de tout professionnel du champ sanitaire et social

### Cibles prioritaires:

- Au moins 30% des médecins généralistes formés à la prescription de l'AP
- Au moins 30% des médecins généralistes formés au dépistage précoce du cancer de la prostate selon le schéma standard
- Au moins 30% des médecins généralistes libéraux formés au RPIB
- Diminution de moitié des amputations du pied liées au diabète
- 1 protocole de surveillance de la grossesse diffusé aux acteurs de la périnatalité
- 100 % des femmes bénéficient des 7 examens prénatals recommandés
- Réduction de 10 % de la mortalité prématurée dont la moitié pour la mortalité prématurée évitable
- Diminution de 5% du taux de mortalité infantile

### Indicateurs de mesure

- Nombre de médecins généralistes formés
- Taux de surcharge pondérale dans la tranche des 3-15 ans
- Taux de surcharge pondérale chez les femmes de plus de 25 ans
- Taux de participation au DO du cancer du sein de 1% par an
- Taux de participation au DO du cancer du côlon de 2% par an
- Taux de participation au DO du cancer du col
- Nombre d'amputations liées au diabète
- Nombre d'examens prénatals par femme
- Existence d'un protocole de surveillance fait par le Réseau périnat
- Taux de mortalité infantile

Dans le cadre de cet objectif, il s'agit de faire en sorte que les professionnels de santé libéraux ou salariés intègrent aussi cette dimension de la santé dans leurs pratiques, s'approprient les démarches et messages de prévention, les inscrivent dans leurs pratiques de soins et en assurent la promotion. Il conviendra aussi de faciliter le déploiement de l'éducation thérapeutique du patient.

La création d'un réseau de soutien à cette mission de prévention en constitue un levier territorial.

*Par rapport au diabète* de type 2 on cherche à :

- mieux repérer et dépister pour une prise en charge précoce,
- identifier les personnes à risques de développer un diabète
- retarder la survenue de complications.

Les femmes ayant un projet de grossesse, les femmes enceintes, les femmes en situation de précarité constituent aussi des publics cibles

*La mesure de l'IMC est une donnée à intégrer systématiquement dans la consultation médicale de l'adulte et le suivi de la courbe staturo-pondérale réalisé chez tous les enfants. Cette vigilance doit permettre ainsi de dépister le surpoids, conseiller, prescrire l'activité physique et orienter si nécessaire vers un dispositif d'aide ou de prise en charge*

*Par rapport au cancer*, outre les dépistages organisés, on cherche à :

- encadrer le dépistage précoce du cancer de la prostate selon un schéma standard proposé par les équipes médicales,
- inciter au dépistage individuel et organisé du cancer du col de l'utérus

*Par rapport à la vaccination*, il s'agit de vacciner les publics visés et de promouvoir la vaccination contre le HPV

*Par rapport à l'alcool*, on continue à recommander le « Zéro alcool » chez la femme enceinte et à aider à l'arrêt des consommations excessives, en mettant l'accent sur le dépistage, la prévention des complications, le repérage

précoce et les interventions brèves (RPIB). Cette action vise in fine à diminuer les conduites à risques, et les phénomènes de violences.

Concernant la drépanocytose, l'objectif est de s'assurer de la connaissance du statut hémoglobinique des couples ayant un projet de grossesse de façon à ce qu'aucune naissance inattendue d'enfant atteint ne soit enregistrée

Par rapport au VIH, la région poursuit l'objectif de ralentir considérablement sa transmission pour une « Gwada sans Sida » d'ici 2030, et se conformer aux objectifs fixés par l'OMS pour 2020 (90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, 90% des personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sont sous traitement, 90% des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable). Aussi œuvre-t-on à :

- un dépistage précoce de l'infection pour une mise en place précoce du traitement
- la prévention de la discrimination et la stigmatisation,
- à l'accompagnement de la personne atteinte dans son traitement
- et à éviter les ruptures dans son parcours de santé.

## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Favoriser les pratiques préventives des établissements

### Cibles prioritaires:

- Chaque établissement dispose d'un programme annuel d'actions de prévention

### Indicateurs de mesure

- Taux de réalisation du programme annuel d'actions de prévention

Cet objectif vise à élargir les missions des services médico-sociaux et de soins vers la promotion de la santé.

La transformation progressive du milieu de soins vers un milieu favorable à la prévention, au bien-être au travail, à la santé profite aux patients, au personnel et à la communauté. Le concept « hôpital promoteur de santé » soutient cette idée.

Certains établissements continuent à porter des dispositifs de prévention tels les CEGIDD, les centres de vaccination, le centre de lutte contre la tuberculose ancrés et développés dans leur environnement

Leur action hors les murs est encouragée et soutenue par les dispositifs « aller vers » qui sont en place (bus santé Bô Kaz, bus du CH de Marie-Galante, dispositif de prévention des addictions par le numérique porté par le bus du COREDAF)

A travers ces finalités, il sera question d'encourager le déploiement de projets prioritairement tournés vers une meilleure alimentation, la lutte contre l'inactivité physique, la prévention de l'alcoolisme excessif, la lutte contre les addictions, le conseil génétique, l'éducation thérapeutique, la vaccination ..

## ⇒ Objectif opérationnel 3 : Encourager les actions visant à renforcer les compétences individuelles et collectives des populations

### Cibles prioritaires:

- Au moins 1 (un) projet d'accompagnement à l'autonomie en santé des maladies chroniques
- 100% des enfants de CE2 ont bénéficié du parcours éducatif des CPS

### Indicateurs de mesure

- Nombre de projets d'accompagnement à l'autonomie en santé
- Nombre d'enseignants formés par école primaire aux CPS

L'expérience montre que l'initiative citoyenne dans la conception, la construction et la mise en œuvre des actions en proximité sont des leviers efficaces pour atteindre le plus grand nombre, faire bouger les lignes, passer des messages, mobiliser, déclencher, favoriser la conduite d'actions et accompagner les transformations nécessaires à l'amélioration des indicateurs.

Cela implique de s'interroger sur les stratégies de mobilisation et de sensibilisation des publics (renfort par le partenariat, co-construction et coréalisation).

La santé communautaire, la prévention par les pairs, mais également le renforcement des compétences psychosociales (CPS), constituent des leviers d'action puissants dans la promotion d'un environnement plus favorable à la santé. Les CPS permettent en effet de répondre de façon efficace aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne.

Il s'agit également, par ce biais, d'encourager la conduite de projets d'accompagnement à l'autonomie en santé des personnes.

## ⇒ Objectif opérationnel 4 : Développer et renforcer les programmes régionaux de santé publique

### Cibles prioritaires:

- 1 (un) programme régional par thématique prioritaire en particulier la nutrition avec une déclinaison populationnelle (enfants, femmes et personnes âgées)
- Toutes les actions financées par les partenaires de la CCPP sont inscrites dans OSCARS

### Indicateurs de mesure

- Nombre de plans nationaux déclinés en région
- Taux d'actions inscrites par an dans OSCARS

Il s'agit ici de décliner au plan régional les stratégies nationales qui visent la réduction des comportements à risques tels que le plan régional activité physique, programme nutrition dont alimentation, mortalité infantile, stratégie santé sexuelle.

Plus précisément, cet objectif verra la mise en place du Plan régional Activités Physiques et Sportives à des fins de santé, du Programme nutrition « PLEZI BOUJE, PLEZI MANJE, 100% PLEZ, 100% SANTE », du Programme de lutte contre la mortalité infantile et du Programme régional sur la stratégie santé sexuelle.

A travers la mise en œuvre opérationnelle de ces différents plans, il s'agira de mobiliser l'ensemble des partenaires locaux compétents (notamment dans les CLS) pour garantir une couverture territoriale et populationnelle optimale permettant, in fine, de réduire la mortalité prématurée.

## Objectifs déclinés dans le Projet de Santé Saint-Martin et Saint-Barthélemy 2018-2023 et indicateurs<sup>4</sup>

- Poursuivre les actions du Plan Santé Jeunes de Saint-Martin

<sup>4</sup> Ces éléments sont déclinés de manière plus détaillée dans le Projet de Santé Saint-Martin – Saint-Barthélemy 2018-2023

- *Indicateurs d'activité définis dans le programme d'action du Plan Santé Jeunes.*
- Renouveler les orientations du CLS de Saint-Martin avec la Collectivité
  - *Indicateurs d'évaluation à définir dans le cadre du nouveau CLS.*
- Poursuivre la mise en œuvre des orientations du CLS de Saint-Barthélemy (2015 – 2018)
  - *Indicateurs d'évaluation définis dans le plan d'action du CLS.*
  - *Un renouvellement du CLS interviendra à l'échéance prévue fin 2018.*
- Poursuivre la mise en œuvre des fiches actions du volet ARS du Contrat de Ville de Saint-Martin (2015 – 2020)
  - *Indicateurs d'évaluation prévus par les fiches ARS « Nutrition et lutte contre le surpoids et l'obésité » et « Mise en œuvre des orientations du Plan Santé Jeunes de Saint-Martin » ;*
- Promouvoir une stratégie de communication adaptée aux différents publics
  - *Indicateurs d'évaluation : Nombre de réunions de la commission de la formation spécifique organisant l'expression des usagers du CTS de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin, Commande d'études dans le cadre du CTS, Modes d'évaluation de la visibilité et de la pertinence des interventions sur les territoires à déterminer avec les élus locaux (consultation des leaders d'opinion...).*
- Favoriser les pratiques préventives individuelles et collectives des professionnels de santé (développement de l'éducation thérapeutique du patient)
  - *Indicateurs d'évaluation : Nombre des actions ETP mises en place en complément de l'agrément ETP en diabétologie attribué à l'Association « Saint-Martin Santé ».*
- Favoriser les pratiques préventives des établissements (protection des populations vulnérables, promotion de l'allaitement maternel, protection des personnels)
  - *Indicateurs d'évaluation : Inclusion dans les rapports d'activité des établissements des actions prévues à destination des populations vulnérables et des personnels, Mise en place d'un rapport d'activité au sein des établissements hospitaliers de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy, Modalités d'actions en faveur de l'allaitement maternel (Association « Maternité Active »).*



## ORIENTATION 2 : FAVORISER UNE OFFRE DE SANTE SOUTENANT LES SOINS DE PROXIMITE POUR REDUIRE LES INEGALITES D'ACCES

La Guadeloupe et les îles de St Martin et St Barthélemy, du fait de leurs spécificités tant géographiques (archipel) qu'économiques et sociales (moyens de transports, précarité, démographie déficitaire pour certaines spécialités, etc.) nécessitent une attention particulière afin de favoriser l'égal accès aux soins pour tous et le maintien et le développement d'une offre de santé de proximité.

L'éparpillement des acteurs associé au nombre insuffisant de médecins et aussi à la prévalence de certaines maladies chroniques militent pour le développement d'un maillage territorial et d'un double niveau de coordination, en proximité d'une part et à l'échelle du territoire d'autre part afin de garantir la fluidité du parcours des patients et leur égal accès aux soins en tout lieu du territoire.

*Rappel des orientations définies dans le Cadre d'Orientation Stratégique :*

- **Assurer un maillage du territoire en équipes et services de soins et médico sociaux** : poursuivre la montée en charge d'exercices regroupés de professionnels libéraux (équipes de soins primaires, MSP et CPTS) ; mobiliser les professionnels des territoires mieux pourvus et ceux des établissements et services de santé ou médico sociaux pour assurer des consultations avancées de spécialistes ou intervenir au sein d'équipes mobiles (psychiatrie, soins palliatifs, gériatrie, ...) dans les territoires déficitaires
- **Améliorer la démographie des professionnels de santé et lutter contre les déserts médicaux**, notamment les médecins et dentistes : mettre en place des dispositifs permettant d'encourager les professionnels de santé à s'installer sur les territoires déficitaires en professionnels (pacte territoire santé)
- **Organiser la gradation des prises en charge pour offrir aux patients des parcours de santé fluides, sans ruptures**, en activant différents leviers existants tels que la MAIA / PTA, la télésanté, l'éducation thérapeutique du patient en proximité, le programme PLANIR déployés par l'Assurance Maladie, la formation des intervenants en interprofessionnalité afin de faciliter les coopérations entre professionnels, la recherche en soins. On s'assurera de la continuité des soins et de l'accompagnement médico-social dans les territoires isolés.
- **Assurer au patient un accès à l'information** grâce un portail d'information entre acteurs de santé et patients au niveau de chaque territoire de proximité mobilisé en CPTS.

Ces orientations ont été traduites dans 2 objectifs :

- ▶ Renforcer l'attractivité des territoires pour améliorer l'offre de soins de premier recours.
- ▶ Renforcer le maillage du territoire en offre de soins de premier recours en favorisant les pratiques pluridisciplinaires et coordonnées

## Objectif 1 : Renforcer l'attractivité des territoires pour améliorer l'offre de soins de premier recours

Permettre un égal accès aux soins dans les territoires en assurant notamment une présence soignante adéquate partout et au moment où cela est nécessaire, tel est l'objectif recherché.

Le premier ministre a souhaité que le plan « Renforcer l'accès territorial aux soins » préside à la mobilisation de la collectivité et laisse sa place à l'initiative citoyenne.

Il s'agit ici de mettre en œuvre les mesures favorisant l'installation de nouveaux professionnels de santé en activant certains leviers (promotion du CESP, aides à l'installation, exercice pluridisciplinaire regroupé, pratiques innovantes..) et d'adapter les dispositifs et appareils de formation aux besoins de santé du territoire par la régulation des flux d'entrée, le renforcement des partenariats avec le conseil régional, les organismes formateurs...

Cette finalité vise à :

- Mettre en place une dynamique de travail en réseau
- Favoriser la mise en place d'exercices partagés indiqués dans la feuille de route du plan
- Favoriser la pratique pluridisciplinaire
- Adapter l'offre aux besoins (quota, numerus clausus)
- Assurer le renouvellement des médecins qui cessent leur exercice
- De nouvelles installations dans les territoires sous dotés
- Une accessibilité aux médecins spécialistes aussi bien en ville qu'en CH
- Un accompagnement aux nouveaux métiers
- Favoriser l'accès à la recherche clinique (en gériatrie, recherche ambulatoire en soins primaires)

### Cibles prioritaires:

- Augmentation des densités de médecins de +10%
- Augmentation des densités de spécialistes de + 5%
- Augmentation des densités de dentistes de + 5%
- Stabilisation de la densité des infirmiers libéraux
- Diminution de 30% le nombre de sages-femmes formées
- 5 professionnels de santé formés en pratiques avancées
- 5 professionnels recrutés sur de nouveaux métiers
- Augmentation des heures de formation dans le domaine du handicap et de la gériatrie pour tous les cursus.
- Tous les établissements ont inscrit la QVT dans leur projet d'établissement

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Programmes inclus dans les CLS signés</li> <li>✓ PNNS</li> <li>✓ Plan d'accès aux soins</li> <li>✓ Programmes inclus dans les CLS signés</li> <li>✓ Plan santé mentale</li> </ul>
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Taux d'efficacité du CESP</li> <li>✓ Taux d'attractivité des médecins généralistes</li> <li>✓ Taux d'attractivité des spécialistes</li> <li>✓ Taux d'attractivité des dentistes</li> <li>✓ Taux d'attractivité des IDE libéraux</li> <li>✓ Nombre d'IDE formées en pratiques avancées</li> <li>✓ Nombre de nouveaux métiers identifiés</li> <li>✓ Taux de formation consacré au handicap et à la gériatrie</li> <li>✓ Nombre de projets QVT</li> </ul>

## ⇒ Objectif opérationnel 1 : Favoriser l'installation de nouveaux professionnels pour garantir un égal accès aux soins dans tous les territoires

### Cibles prioritaires:

- Augmentation des densités de médecins de +10%
- Augmentation des densités de spécialistes de + 5%
- Augmentation des densités de dentistes de + 5%

### Indicateurs de mesure

- Taux de signataires du CESP
- Nombre d'installations libérales des signataires du CESP/nombre attendu
- Nombre de nouvelles installations de généralistes
- Nombre de nouvelles installations de spécialistes
- Nombre de nouvelles installations de dentistes

Il s'agit ici de mettre en œuvre les mesures favorisant l'installation des professionnels de santé du plan « Renforcer l'accès territorial aux soins ». Ce plan vise à garantir un égal accès aux soins dans les territoires en assurant notamment une présence soignante adéquate partout et au moment où cela est nécessaire.

Concrètement, il sera question dans un premier temps d'aider des médecins généralistes et/ou des chirurgiens-dentistes à l'installation et à l'exercice dans les zones en tension. Deuxièmement, il sera question de travailler à renforcer l'attractivité du territoire pour les médecins spécialistes.

A travers ces actions complémentaires, il est souhaité une meilleure couverture des territoires via les installations en exercice libéral et mixte des professionnels de santé et donc un développement de l'offre de soins de premier recours et, si possible, une présence médicale garantie dans chaque territoire de vie-santé.

## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Développer et adapter les dispositifs de formation initiale et continue aux besoins de santé par territoire

### Cibles prioritaires:

- Stabilisation de la densité des infirmiers libéraux
- Diminuer de 30% le nombre de sages-femmes formées
- 5 professionnels de santé formés en pratiques avancées
- 5 professionnels recrutés sur de nouveaux métiers
- Augmentation des heures de formation dans le domaine du handicap et de la gériatrie pour tous les cursus.
- Tous les établissements ont inscrit la QVT dans leur projet d'établissement

### Indicateurs de mesure

- Nombre de nouvelles installations d'IDE libéraux
- Nombre d'IDE formées en pratiques avancées
- Nombre de sages-femmes formées
- Taux d'heures de formation consacrées au handicap et à la gériatrie dans les formations initiales et continues.
- Nombre de nouveaux métiers identifiés
- Nombre de projets QVT

Dans le cadre de cet objectif, il s'agit de réaliser plusieurs actions pour développer et adapter les formations initiales et continues des professionnels de santé en fonction des orientations du PRS 2 par :

- La régulation des flux d'entrée par la formation initiale des professionnels de santé (certaines formations nécessitent d'être augmentées comme pour les médecins ou les pratiques avancées, d'autres stabilisées

comme les IDE ou d'autres encore diminuées comme les sages-femmes étant donné la diminution du nombre de naissances chaque année) ;

- Le développement de cursus de formation des professionnels de santé autour du numérique
- L'accompagnement de tous les acteurs impliqués dans l'animation et la promotion des questions relatives aux métiers, aux emplois et aux compétences dans les champs sanitaire et médico-social ;
- La promotion des nouvelles pratiques professionnelles et des nouveaux modes d'exercice, telles que les pratiques avancées et les protocoles de coopération, par les formations initiales et continues ;
- L'accompagnement aux nouveaux métiers (e-santé, coordonnateurs de parcours, coordonnateur d'appui, objets connectés, assistants à distance pour l'aide au pilotage de robots..) et à la mise en œuvre des protocoles de coopération
- L'optimisation d'une politique d'accueil des apprenants, étudiants et stagiaires s'appuyant sur une procédure partagée au sein de chaque établissement.
- L'accompagnement et encouragement du développement d'une démarche qualité dans l'ensemble des instituts de formation (AS, AP, IDE, PDE, IADE), en inscrivant également un axe qualité de vie au travail (QVT) dans leur projet d'établissement

Pour l'atteinte de ces objectifs, différents leviers seront mobilisés permettant notamment de centrer le contrôle pédagogique des écoles paramédicales sur l'adéquation des objectifs pédagogiques aux objectifs professionnels (développement de l'exercice pluri-professionnel et promotion des pratiques de prévention) ou encore de réguler les flux d'entrée en formation initiale particulièrement pour les professions à forte densité. En complément, il s'agira de développer des formations ou filières d'accompagnement pour la formation de professionnels de santé rééducateurs, en effectif insuffisant dans la région. Enfin, il faudra lancer et inscrire dans la durée une dynamique entre la Région, l'Université des Antilles, le rectorat et les acteurs de la santé et de l'emploi sur la question des emplois, des métiers, le développement des compétences et l'exercice professionnel.

Toutes ces actions cumulées devront amener au développement des formations initiales et continues en fonction des besoins de santé de la population, par territoire et selon les orientations définies dans le PRS 2.

## Objectif 2 : Renforcer le maillage du territoire en offre de soins de premier recours en favorisant les pratiques pluridisciplinaires et coordonnées

L'égal accès aux soins de premiers recours est un objectif permanent des pouvoirs publics. La démographie défavorable en professionnels de santé, notamment en médecins, la multiplicité de bassins de populations de dimension modeste, le caractère éparpillé de l'habitat ainsi que le fait d'être un archipel avec des difficultés d'accès aux transports sont autant d'éléments qui rendent difficile l'atteinte de cet objectif.

La réglementation permet aux professionnels de se constituer en communauté professionnelle de territoire avec une certaine liberté d'organisation géographique de ces communautés. Ce dispositif qui n'impose pas l'existence d'un local commun, mais une organisation pluridisciplinaire, coordonnée entre professionnels et structures d'un bassin de vie doit faciliter l'inscription du patient dans un parcours de soin, améliorer sa prise en charge graduée, permettre le déploiement d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique de proximité. Ainsi des projets innovants doivent être favorisés tels que les structures mobiles de soins et de prévention (camion de santé, camion dentaire), les pratiques avancées ou les équipes mobiles de territoire afin de favoriser l'accès aux soins des publics qui sont les plus éloignés.

L'ambition pour l'agence étant de mailler l'intégralité du territoire d'ici 2022 avec une attention particulière pour les zones les plus éloignées des centres de soins, notamment le nord Grande Terre, une partie de la Basse-Terre voire les îles.

Le maillage peut s'effectuer à l'échelle des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), Des communes, de plusieurs communes, d'une île, de l'ensemble de la Région, etc. La limite étant un projet de proximité par territoire. Cependant, peuvent coexister des dispositifs de dimension régionale avec des dispositifs de proximité. Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) sera conclu entre l'ARS et les dispositifs validés.

### Cibles prioritaires :

- 10 MSP créées et fonctionnelles
- 8 CPTS créées et fonctionnelles
- 1 camion centre de santé créé
- 2 camions dentaires créés
- 3 équipes mobiles de dépistage pour le territoire et les îles du Nord
- 70% des médecins généralistes ont accès à la plateforme de télémédecine pour recueillir des avis spécialisés
- 10 protocoles de coopérations

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	✓	AAP spécifiques
	✓	CLS et CLSM
	✓	Plan d'accès aux soins
	✓	Article 51 de la loi HPST relatif aux protocoles de coopération
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	✓	Evolution du nombre de structures d'exercice collectif en fonctionnement
	✓	Nombre de CPTS créées
	✓	Nombre d'ESP créées
	✓	Nombre de MSP créées
	✓	Evolution des densités médicales et paramédicales par territoire de santé de proximité
	✓	Evolution du recours aux dépistages organisés des populations résidant dans les quartiers prioritaires de la Politique de la Ville

## ⇒ Objectif opérationnel 1 : Engager des actions visant à assurer un rééquilibrage de l'offre de soins de proximité et renforcer les dynamiques d'exercice pluridisciplinaire

### Cibles prioritaires:

- 10 MSP créées et fonctionnelles
- 8 CPTS créées et fonctionnelles

### Indicateurs de mesure

- Nombre de CPTS créées
- Nombre de MSP créées

Dans le cadre de cet objectif visant le renforcement du maillage du territoire en offre de soins de premier recours, il s'agit de favoriser la réalisation de projets innovants répondant aux besoins prioritaires locaux, en s'appuyant sur les acteurs locaux du territoire.

Ainsi, il faudra d'une part promouvoir le développement de structures d'exercice collectif et, d'autre part, favoriser et soutenir la création des communautés professionnelles de santé (CPTS). En sus, il sera essentiel d'améliorer la coordination régionale de l'offre ambulatoire.

Ces évolutions devraient permettre d'avoir une offre et des projets de santé portés par les MSP plus conforme aux besoins et, plus largement, d'améliorer les parcours de santé. Ces travaux rendront également plus lisible les collaborations entre les différents professionnels du territoire et entraîneront une répartition plus équitable de l'offre ambulatoire.

## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Faciliter les coopérations entre professionnels intervenant autour du patient

### Cibles prioritaires:

- 10 protocoles de coopérations
- 1 camion centre de santé créé
- 2 camions dentaires créés
- 3 équipes mobiles de dépistage pour le territoire + les îles du Nord
- 70% des médecins généralistes ont accès à la plateforme de télé-médecine pour recueillir des avis spécialisés

### Indicateurs de mesure

- Taux de recours aux camions
- Nombres d'équipes mobiles créés en appui des territoires les plus fragiles
- Taux d'accès des médecins généralistes à la télé-expertise des spécialistes

Il s'agit d'assurer une prise en charge globale et de proximité du patient et la fluidification de son parcours, ce qui nécessite une articulation efficace des intervenants sanitaires et médico-sociaux, à domicile ou en établissement, autour du patient.

Plus précisément, cet objectif opérationnel permettra de consolider et développer la coordination entre les professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours, avec les établissements de santé et médico sociaux. De plus, il favorisera le développement de protocoles de coopération entre professionnels. Des équipes mobiles peuvent venir appuyer les professionnels de santé des territoires les plus fragiles afin d'apporter leur soutien en terme de temps et de compétences. Un accès à la télé-expertise sur des spécialités rares peut aussi appuyer l'exercice des professionnels de santé des territoires les plus éloignés afin d'éviter les déplacements inutiles de patients.

Suite à ces travaux, le territoire devrait bénéficier d'une meilleure adhésion et une meilleure coordination des acteurs locaux mais surtout d'une graduation renforcée de l'offre de soins s'appuyant sur les complémentarités

professionnelles médicales et paramédicales (appréciée au travers des protocoles de coopération). A terme c'est une collaboration plus lisible entre les différents professionnels du territoire qui est ainsi recherchée.



## Objectifs déclinés dans le Projet de Santé Saint-Martin et Saint-Barthélemy 2018-2023 et indicateurs

- Renforcer le maillage territorial en offre de soins de premier recours en favorisant les pratiques pluridisciplinaires et coordonnées
  - **Voir l'Objectif 6 – Objectif opérationnel 2 de l'Orientation 3.**
  - Développer les outils et pratiques visant à faciliter l'accès à l'offre de santé (développer l'usage de la télémédecine et la rendre accessible par les patients éloignés de l'offre de soins spécialisée) - **Voir l'Objectif 6 – Objectif opérationnel 14 de l'Orientation 3 du SRS.**

Document soumis à consultation

## ORIENTATION 3 : RENFORCER LA PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE ET LES INNOVATIONS EN VUE DE GARANTIR LA QUALITE, LA SECURITE DES SOINS ET L'EFFICIENCE DES PRISES EN CHARGE

La qualité du service rendu aux patients et usagers est une priorité qui se conjugue à un objectif de soutenabilité et de performance du système de santé. Pour cela, plusieurs leviers ont vocation à être activés. D'une part il est nécessaire de poursuivre les efforts de structuration et d'organisation des filières de soins de manière à mobiliser les ressources humaines et matérielles de manière optimisée. Ce travail passe également par l'accompagnement des établissements de santé dans l'amélioration de leur performance, de la qualité et de la pertinence des soins. D'autre part, il est essentiel de pouvoir améliorer la coordination des acteurs autour du patient, de manière à mieux articuler les accompagnements pour plus d'efficacité, de cohérence, et de pertinence dans la réponse aux besoins du patient. La mobilisation des nouveaux outils de partage d'informations est un levier indispensable.

Plus largement, les innovations en santé apparaissent comme un levier d'amélioration continue du système de santé, qu'il s'agira d'activer pour les cinq années à venir. En effet, les dispositifs de télésanté sont déployés sur le territoire régional par le GCS e-santé Archipel 971 depuis maintenant deux ans. Les outils sont aujourd'hui arrivés à maturité et sont pleinement opérationnels. Parallèlement, au niveau national un modèle de tarification des actes de télésanté commence à se mettre en place.

Enfin, un objectif prioritaire à court terme pour l'Agence Régionale de Santé est d'assurer la reconstruction de l'offre de soins du CHU suite à l'incendie survenu en fin d'année 2017.

### **Rappel des orientations définies dans le COS :**

- Amplifier l'usage de la télémédecine et accompagner son développement auprès des acteurs, y compris les patients
- Promouvoir un usage organisé des objets connectés : le développement de la télésurveillance pour les maladies chroniques ; en EHPAD et établissements pour personnes en situation de handicap afin d'offrir un égal accès aux soins à tous les publics
- Accompagner l'adaptation des organisations et des métiers aux innovations technologiques
- Accompagner les acteurs aux changements que ces pratiques nouvelles induisent
- Utiliser le numérique dans le développement de la coopération
- Renforcer la sécurité des systèmes d'information en santé
- Renforcer la sécurité et la qualité des soins et prises en charge médicosociales
- Développer les filières de soins pour une complémentarité parfaite entre établissements publics de santé, y compris entre les 2 CHU des Antilles, et avec le secteur privé local
- Développer les formations interprofessionnelles, la recherche et les innovations en santé

Pour la période 2018-2023, cinq grands objectifs seront poursuivis :

- ▶ Optimiser les organisations, promouvoir et renforcer la structuration des filières de soins
- ▶ Améliorer l'efficacité et la performance des établissements de santé et renforcer la qualité, la pertinence et la sécurité des soins et des accompagnements
- ▶ Améliorer la coordination des acteurs autour du patient
- ▶ Se saisir des innovations en santé pour renforcer l'accès aux soins et améliorer les prises en charge
- ▶ Reconstruire l'offre de soins du CHU suite à l'incendie qui a marqué la fin d'année 2017
- ▶ Reconstruire l'offre de soins de Saint-Martin et Saint-Barthélemy suite aux ouragans de 2017



## Objectif 1 : Optimiser les organisations, promouvoir et renforcer la structuration des filières de soins

La quasi-totalité des établissements publics de santé de l'île sont aujourd'hui déficitaires. Ces déficits chroniques empêchent ou retardent des politiques d'investissement nécessaires pour améliorer l'accueil et la prise en charge des patients. L'exercice en contexte insulaire - le nombre nécessairement limité d'habitants du territoire, la taille des établissements et la part importante des charges fixes - explique en partie cette situation. Des synergies doivent être recherchées entre établissements pour les fonctions supports, afin de dégager des marges de fonctionnement pour les activités de soins. Une optimisation des organisations en interne mais aussi la gestion unique de fonctions communes à plusieurs établissements (achat, médicaments, linge, restauration, paie, etc.) sont aussi de nature à réduire les coûts et à renforcer les activités de soins à l'aide des moyens ainsi dégagés.

L'organisation des filières devrait permettre d'assurer la permanence des soins sur le territoire et de définir les missions de chaque structure dans la prise en charge du patient. De même l'identification des spécialités orphelines est indispensable pour l'organisation du parcours du patient. Cette organisation a vocation à être formalisée à la fois via les GHT – il s'agira à terme d'aboutir à un GHT unique pour la Guadeloupe – et par des conventions de partenariats spécifiques permettant de structurer le parcours du patient au sein de filières de soins.

### Cibles prioritaires :

- Chaque établissement de santé public a mutualisé au moins 2 fonctions support avec un ou des partenaires (dans le cadre du GHT ou non)
- Réduction des déficits de 50% au moins pour tous les établissements publics (à l'exception du CHU qui est dans une situation complexe suite à l'incendie de novembre 2017)
- Filières médicales mises en place
- Filière mère-enfant mise en place
- Filières gériatrie mises en place
- Filières cancérologie mises en place
- Assurer la permanence des soins sur l'ensemble du territoire grâce à une mise en réseau des établissements et des professionnels de santé
- Réduire le temps d'attente pour accéder aux interventions réglées de chirurgie spécialisée.
- Faciliter l'accès aux structures de chirurgie spécialisées en facilitant les consultations d'amont par télé-médecine et en diminuant le nombre de déplacements nécessaires avant intervention.
- Mise en place d'une fédération inter hospitalière entre le CHU et le CHBT
- Création d'une équipe de territoire
- Filières gériatriques à renforcer
- Mise en place d'une unité Cognitivo-comportementale.
- Développement d'équipes mobiles
- Mettre en fonction le cyclotron
- Acquisition d'une deuxième camera TEP
- Donner accès aux patients de Martinique et de la Caraïbe
- Organisation de la chimiothérapie à domicile
- Attirer 3 nouveaux radiologues sur le territoire
- Acquérir les équipements nécessaires
- Créer une plateforme d'interprétation commune pour les astreintes dans les Antilles
- Mettre en place une réponse de télé-expertise pour le territoire
- Elargissement du Territoire du GCS pharmacie
- Au moins 1 partenariat conventionnel par filière

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Programme PHARE</li> <li>✓ PMP des GHT</li> </ul>
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Amélioration de l'attractivité médicale</li> <li>✓ Un parcours fluide des patients au sein de filières structurées : taux d'hospitalisations potentiellement évitables ; taux de réhospitalisations à 30 jours</li> <li>✓ Mutualisation des fonctions support des établissements publics</li> <li>✓ Diminution des déficits des établissements publics (hors CHU) par rapport à l'année de référence 2017.</li> <li>✓ Garantie de la permanence des soins du territoire</li> <li>✓ Facilitation de l'accès à la chirurgie spécialisée</li> <li>✓ Mise en place d'une dynamique de territoire mère-enfants</li> <li>✓ Renforcement des filières gériatriques</li> <li>✓ Développer la prise en charge de proximité en cancérologie et ouvrir l'accès aux soins oncologiques aux patients caribéen</li> <li>✓ Dynamiser la radiologie sur le territoire</li> <li>✓ Dynamiser la coopération inter-établissements</li> </ul>

## ⇒ Objectif opérationnel 1 : Renforcer les coopérations non médicales entre établissements de santé

### Cibles prioritaires:

- Chaque établissement de santé public a mutualisé au moins 2 fonctions support avec un ou des partenaires (dans le cadre du GHT ou non)
- Réduction des déficits de 50% au moins pour tous les établissements publics (à l'exception du CHU qui est dans une situation complexe suite à l'incendie de novembre 2017)
- Elargissement du Territoire du GCS pharmacie

### Indicateurs de mesure

- Taux de mutualisation des fonctions support par établissement public
- Taux de diminution des déficits des établissements publics par rapport à l'année de référence 2017.
- Avenant à la convention constitutive du GCS pharmacie

Au-delà d'un besoin de réduire les déficits et de favoriser les mutualisations, il s'agira, pour les cinq années à venir, d'aboutir la définition d'une stratégie unique pour la fonction achat des établissements publics de santé d'une part, et à l'élargissement du GCS pharmacie à tous les membres du GHT sud Basse-Terre d'autre part, de manière à assurer une utilisation plus efficiente des ressources et des gains réalisés sur les achats.

## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Renforcer la structuration des filières de soins

### Cibles prioritaires:

- Filières médicales mises en place
- Filière mère-enfant mise en place
- Filières gériatrie mises en place
- Filières cancérologie mises en place

### Indicateurs de mesure

- Taux de mutualisation des fonctions support par établissement public
- Taux de diminution des déficits des établissements publics par rapport à l'année de référence 2017.

La structuration des filières de soins facilitera l'organisation des parcours de soins des patients sur le territoire et en dehors entre les différents niveaux de prise en charge. Elle permet aussi de fixer les attentes et objectifs pour chaque niveau de la filière, voire de spécialiser certains sites.

Pour cela, il est indispensable d'améliorer la structuration des filières médicales, de faciliter l'accès aux différentes spécialités chirurgicales, de formaliser les modalités de coopération en le CHU et le CHBT pour la filière mère-enfant, de développer la prise en charge en gériatrie, de conforter la prise en charge en cancérologie et d'accompagner le développement de l'imagerie.

### ⇒ **Sous objectif 1 : Améliorer la structuration des filières médicales**

#### **Cibles prioritaires:**

- Assurer la permanence des soins sur l'ensemble du territoire grâce à une mise en réseau des établissements et des professionnels de santé
- Au moins 1 partenariat conventionnel par filière

#### **Indicateurs de mesure**

- Taux de permanence des soins assuré par territoire
- Nombre de conventions de partenariats permettant de structurer les parcours au sein de filières médicales.

L'organisation des filières médicales devrait permettre d'assurer la permanence des soins sur le territoire et de définir les missions de chaque structure dans la prise en charge du patient. De même l'identification des spécialités orphelines est indispensable pour l'organisation du parcours du patient. Cette organisation a vocation à être formalisée à la fois via les GHT – il s'agira à terme d'aboutir à un GHT unique pour la Guadeloupe – et par des conventions de partenariats spécifiques permettant de structurer le parcours du patient au sein de filières médicales.

### ⇒ **Sous objectif 2 : Faciliter l'accès aux différentes spécialités chirurgicales**

#### **Cibles prioritaires:**

- Réduire le temps d'attente pour accéder aux interventions réglées de chirurgie spécialisée.
- Faciliter l'accès aux structures de chirurgie spécialisées en facilitant les consultations d'amont par télé-médecine et en diminuant le nombre de déplacements nécessaires avant intervention.

#### **Indicateurs de mesure**

- Temps d'attente pour accéder à une chirurgie spécialisée réglée.
- Nombre de déplacements vers la structure de chirurgie spécialisée avant intervention.

La chirurgie s'est fortement spécialisée ces dernières années, avec l'apparition de sur spécialistes en nombre restreint, étant donnée la complexité de leur exercice et le volume de patients concernés. Néanmoins l'accès aux spécialistes, voire aux sur spécialistes doit être organisé afin d'offrir une chance maximale aux patients. Dans ce domaine, il est encore plus important de déployer des coopérations locales, inter-régionales, voire avec des établissements hexagonaux.

Ainsi, il s'agira à la fois de renforcer les coopérations entre la Guadeloupe et la Martinique, notamment dans le champ de la chirurgie thoracique, et de renforcer l'accès aux soins chirurgicaux spécialisés pour les personnes

éloignées des lieux d'exercice des spécialistes via le développement de consultations avancées, de déploiement de la télémedecine ou encore le renforcement de la spécialisation du CHBT et des coopérations entre CHU et CHBT pour l'utilisation des blocs opératoires.

In fine, les efforts à mener sur les cinq prochaines années visent l'amélioration de l'accès aux soins chirurgicaux spécialisés, structuré dans le cadre de filières identifiées et organisées.

### ⇒ **Sous objectif 3 : Formaliser les modalités de coopération entre le CHU et le CHBT pour la filière mère-enfant**

#### **Cibles prioritaires:**

- Mise en place d'une fédération interhospitalière entre le CHU et le CHBT
- Création d'une équipe de territoire

#### **Indicateurs de mesure**

- Date de mise en place de la fédération
- Date de création de l'équipe de territoire

Depuis quelques années, on note une baisse continue du nombre de naissances. L'activité du CHBT ne justifie pas le maintien d'un niveau 3 à Basse-Terre ; une maternité de niveau 2 répondrait aux besoins de la population de ce bassin. Néanmoins, la situation générée par l'incendie du CHU, impose la disponibilité permanente d'équipements de très haut niveau sur ces deux sites afin de pouvoir faire face à d'éventuelles crises qui handicaperaient un des deux établissements. Quel que soit le niveau de la maternité du CHBT, le site disposera d'un équipement de niveau 3 facilitant le déploiement des professionnels et la prise en charge des enfants nécessitant ce niveau d'équipements.

Le projet prioritaire défini sur la période du SRS vise ainsi la mise en place d'une coopération accentuée entre le CHU et le CHBT pour l'activité mère-enfant afin de garantir un accès à un niveau de prise en charge pertinent, de niveau 3 en cas de besoin. Une fédération inter-hospitalière pourrait être mise en place entre les deux établissements afin de conserver une seule maternité de niveau 3 sur deux sites.

### ⇒ **Sous objectif 4 : Développer la prise en charge en gériatrie**

#### **Cibles prioritaires:**

- Filières gériatriques à renforcer
- Mise en place d'une unité Cognitivo-comportementale.
- Développement d'une nouvelle équipe mobile

#### **Indicateurs de mesure**

- Nombre de filières gériatriques identifiées
- Date de création de l'unité cognitivo-comportementale
- Nombres d'équipes mobiles gériatriques

La Guadeloupe, l'une des régions les plus jeunes de France en ce moment, se retrouvera parmi les régions les plus âgées à l'horizon de 2040. L'offre de soins doit dès maintenant commencer à s'adapter à cette évolution démographique. L'objectif à atteindre au cours des 5 prochaines années est la meilleure structuration de la prise en charge des personnes âgées via le renforcement de l'offre de soins dédiée avec notamment : la mise en place du court séjour gériatrique, le développement des équipes mobiles en lien avec les USLD, les HAD et les EHPAD, le développement de l'évaluation gériatrique standardisée, la création d'une Unité Cognitivo-comportementale.

Il s'agit ainsi d'aboutir à la structuration d'un parcours de prise en charge des personnes âgées au sein d'une filière gériatrique renforcée.

## ⇒ **Sous objectif 5 : Conforter l'organisation de la prise en charge en cancérologie**

### **Cibles prioritaires:**

- Mettre en fonction le cyclotron
- Acquisition d'une deuxième camera TEP
- Donner accès aux patients de Martinique et de la Caraïbe
- Organisation de la chimiothérapie à domicile

### **Indicateurs de mesure**

- Date de mise en fonction du cyclotron
- Nombre de cameras TEP
- Nombre de patients hors Guadeloupe pris en charge
- Nombre de structures autorisées à administrer la chimiothérapie à domicile

L'offre de soins en cancérologie s'étoffe en cette année 2018 avec l'installation de la première caméra TEP et le démarrage de l'activité du cyclotron. Le territoire bénéficiera ainsi d'une capacité accrue pour le diagnostic des cancers et la mise en œuvre des protocoles thérapeutiques. Avec l'ouverture sur la Caraïbe et l'accueil des patients de Martinique, une deuxième caméra sera nécessaire assez rapidement. Deux objectifs structurants pour les 5 prochaines années se dessinent donc : il s'agira à la fois de conforter l'organisation de la prise en charge, et de favoriser l'accès aux soins et la diversification des modalités de traitement (chimiothérapie à domicile, développement de l'éducation thérapeutique...) de manière à améliorer le parcours de prise en charge en cancérologie.

## ⇒ **Sous objectif 6 : Accompagner le développement de l'imagerie**

### **Cibles prioritaires**

- Attirer 3 nouveaux radiologues sur le territoire
- Acquérir les équipements nécessaires
- Créer une plateforme d'interprétation commune pour les astreintes dans les Antilles
- Mettre en place une réponse de télé-expertise pour le territoire

### **Indicateurs de mesure**

- Nombre de nouveaux radiologues sur le territoire
- Nombre de scanners et d'IRM sur le territoire
- Date de création de la plateforme commune d'interprétation

La démographie médicale en matière de radiologues au sein des établissements de santé publics est très déficitaire. Cette rareté est à l'origine en partie de délais de prise en charge relativement longs, mais aussi de difficultés pour la réalisation optimale de la permanence des soins.

Pour répondre à ces difficultés, deux projets seront conduits durant les cinq prochaines années. Tout d'abord, la mise en place du GCS imagerie regroupant des acteurs libéraux et hospitaliers constitue une réponse appropriée. Il convient aussi d'accompagner le développement de cette activité. De plus, le développement et la diversification de l'activité d'imagerie médicale seront soutenus et accompagnés (adaptation du parc d'équipements, renforcement de la télé-imagerie et de la télé-radiologie...).

Ces deux projets devraient permettre de renforcer l'attractivité du territoire pour les radiologues, la permanence des soins, et l'accès à l'imagerie médicale (diminution des délais de prise en charge et amélioration de l'accès géographique).

## Objectif 2 : Améliorer l'efficacité et la performance des établissements de santé et renforcer la qualité, la pertinence et la sécurité des soins et des accompagnements

La recherche de l'efficacité et de la performance sont des préoccupations constantes des directions d'établissement. Celle-ci ne se fait pas au détriment de la qualité des soins, mais au contraire participe à l'amélioration continue et globale de la qualité.

La qualité et la sécurité des soins font partie des attentes majeures de l'utilisateur. La confiance en l'établissement de santé et son attractivité résultent en partie de la qualité et de la sécurité des soins dispensés.

Afin de mieux évaluer la qualité des prises en charge, la HAS a fait évoluer son dispositif d'évaluation. Les évaluations se font en continue et la notion de patients traceurs est intégrée au dispositif afin d'apprécier le niveau de qualité, de sécurité et de pertinence des soins sur l'ensemble des étapes du parcours du patient.

Plusieurs outils sont à la disposition des établissements, plus particulièrement le programme de gestion du risque et le CPOM (contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens).

Ainsi, il s'agira de renforcer les dialogues de gestion avec les établissements dans le cadre de la définition des CPOM, mais également de soutenir les établissements dans leur programme d'amélioration de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins. Les résultats attendus à cinq ans concernent à la fois l'optimisation de l'organisation interne des établissements (*meilleure maîtrise des dépenses, augmentation de l'activité*) mais également l'amélioration de la qualité organisationnelle des établissements (*amélioration de la qualité de vie au travail – réduction de l'absentéisme – réduction des plaintes et des conflits*) et de la pertinence et la qualité des soins dispensés (*niveau de certification, inscription de l'établissement dans le plan d'action pertinence des soins*).

### Cibles prioritaires:

- Chaque établissement public a un plan d'amélioration organisationnelle interne dont les objectifs sont inscrits dans leur CPOM
- 70% des établissements certifiés par la HAS
- 50% des établissements de santé respectent la majorité des indicateurs fixes (CAQES, CPOM, etc.)

### Indicateurs de mesure

- Taux de réalisation des plans d'amélioration organisationnelle des ESP
- Nombre d'ES certifiés
- Pourcentage d'établissements respectant les indicateurs fixes

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	✓	Programme régional de gestion du risque des établissements de santé
	✓	Programme régional de pertinence des soins
	✓	Démarche de certification de la HAS
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	✓	Nombre d'évènements indésirables déclarés
	✓	Suivi des indicateurs définis dans les CPOM
	✓	Suivi de la performance des organisations
	✓	Nombre d'ES certifiés
	✓	Nombre de plans d'actions "pertinence des soins"

## Objectif 3 : Améliorer la coordination des acteurs autour du patient

Les crises vécues tant à Saint-Martin et Saint-Barthélemy suite au passage de l'ouragan Irma, qu'en Guadeloupe avec l'incendie du CHU remettent en exergue la nécessité de disposer d'une coordination forte des acteurs de santé intervenant auprès des patients. Cette coordination formalisée permet d'assurer la continuité de la prise en charge et de disposer d'un socle minimum d'informations auprès des professionnels disponibles faisant partie de l'équipe de coordination en cas de crise ou de fonctionnement dégradé.

L'organisation d'une prise en charge graduée et coordonnée des acteurs doit permettre de garantir un niveau de soin satisfaisant.

### Cibles prioritaires:

- 50% des dossiers patients ont un DMP ouvert
- Mise en place d'un DPI régional
- 1 établissement de service numérique en santé créé
- 1 dispositif régional de régulation des EVASAN par télémedecine
- Création d'un portail d'échanges ville-hôpital
- Création d'un portail patient et de prise de RV en ligne
- Assurer la maintenance du Datacenter GCS Archipel
- Veiller au renouvellement de la certification HDS de l'hébergeur de données de Santé

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	✓ Stratégie Nationale de Santé
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nombre et couverture territoriale des téléconsultations</li> <li>✓ Nombre de dossiers patient et de DMP ouverts</li> <li>✓ Nombre d'examens et comptes rendus échangés sur la plateforme ville/hôpital</li> <li>✓ Création d'une plateforme de régulation des EVASAN</li> <li>✓ Qualité du data center hébergeur de données</li> </ul>

## ⇒ Objectif opérationnel 1 : Outiller les professionnels pour garantir un accès partagé aux informations patient

### Cibles prioritaires:

- DPI mis en place
- Création d'un portail d'échanges ville-hôpital
- 50% des dossiers patients ont un DMP ouvert
- Mise en place d'un DPI régional
- 1 établissement de service numérique en santé créé
- 1 dispositif régional de régulation des EVASAN par télémedecine

### Indicateurs de mesure

- Pourcentage de DMP ouvert
- Pourcentage d'établissement public de santé utilisant le DPI régional
- Déclaration de mise en service de l'établissement
- Mise service du dispositif RESTe
- Date de création de la plateforme de régulation des EVASAN

La circulation de l'information du patient est primordiale pour garantir une prise en charge respectant les exigences de qualité et de sécurité des soins. Par ailleurs, les performances des outils mis à disposition des professionnels sont trop souvent altérées par la dépendance du GCS des lieux d'implantation (qualité du réseau notamment), ce qui implique une sollicitation des équipes du GCS et le recours aux équipes informatiques locales pour pallier les insuffisances du réseau. Les catastrophes que nous avons connues en 2017 ont mis en évidence avec une acuité renforcée la nécessité de partager les informations du patient de manière structurée, c'est-à-dire à travers un dossier patient informatisé. Elles ont aussi montré la fragilité d'un dispositif où les moyens du GCS étant déployés dans les établissements de santé partenaires, se sont trouvés coupés et les filières e-santé hors d'usage pour l'ensemble des acteurs.

Pour répondre à ces exigences, trois projets structureront l'intervention de l'ARS d'ici 2023. Premièrement, la mise en place d'un Dossier Patient Informatisé (DPI) régional permettant un accès sécurisé à des données patients pour les professionnels de Guadeloupe, de Saint-Martin, Saint-Barthélemy et plus largement de l'espace caribéen. Deuxièmement, la création d'un établissement de services numériques en santé : il s'agira d'implanter un dispositif à usage collaboratif de télésanté ouvert aux professionnels de ville. L'installation d'un établissement de services numériques en santé dont la télémedecine en Grande-Terre et à Basse-Terre constitue en effet une première réponse sur le territoire. Ce dispositif sera aussi stratégique, dans la mesure où il offrira, à la médecine de ville des bassins concernés, en permanence, l'accès à des outils fiables, dans un lieu sécurisé avec un débit satisfaisant. Enfin, le projet de Régulation des Evacuations Sanitaires par Télémedecine (RESte) permettra, dans le cadre des demandes d'évacuation sanitaire (EVASAN), le partage par télémedecine de l'intégralité du dossier patient entre les différents acteurs, permettant ainsi des décisions éclairées.

Ces projets visent tous le même résultat : une amélioration des outils de partage d'informations pour des prises en charge coordonnées autour du patient.

## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Développer les échanges Ville / Hôpital

### Cibles prioritaires

- DPI mis en place
- Création d'un portail d'échanges ville-hôpital
- Création d'un portail patient et de prise de RV en ligne

### Indicateurs de mesure

- Niveau d'avancement du DPI
- Date de création du portail d'échanges ville-hôpital
- Date de création d'un portail patient et de prise de RV en ligne

Le manque d'articulations entre les prises en charge en ville et à l'hôpital est souvent considéré comme un des facteurs principaux de ruptures dans les parcours de soins des patients.

Sur la durée du SRS, l'ARS soutiendra la mise en place d'un portail permettant l'échange des données de santé du patient entre les établissements de santé et les professionnels libéraux. L'ensemble des épisodes de soins sera ainsi accessible de manières numériques au travers d'un portail sécurisé de l'ENRS. Ce projet sera décliné en trois étapes : la mise en place des interfaces métiers vers l'entrepôt de données régional ; la mise en place d'un portail Ville/Hôpital et enfin la mise en place d'un portail patient et prise de RDV en ligne.

Il s'agit d'aboutir à une amélioration du parcours patient entre la ville et l'hôpital via un échange d'informations facilité entre professionnels de santé de ville et professionnels intervenant en établissement de santé.



### ⇒ Objectif opérationnel 3 : Garantir la disponibilité des données

#### Cibles prioritaires

- Assurer la maintenance du Datacenter GCS Archipel
- Veiller au renouvellement de la certification HDS de l'hébergeur de Données de Santé

#### Indicateurs de mesure

- Taux de maintenance du Datacenter GCS Archipel
- Date de certification HDS de l'hébergeur de Données de Santé

Il s'agit de faire évoluer et d'assurer la maintenance du Datacenter GCS Archipel, et de veiller au renouvellement de la certification HDS de l'hébergeur de Données de Santé (2017/2020).

Pour cela, il sera nécessaire d'assurer l'évolution technique du Data center et veiller au renouvellement du matériel et à sa maintenance ; de renforcer l'offre de data center afin de proposer d'autres services aux établissements de santé et de permettre l'obtention de la Certification ISO 27001, devenue un pré requis pour les hébergements de données de santé.

L'objectif est l'obtention de la certification ASIP-HDS (décret n° 2018-137 du 26 février 2018) qui s'impose désormais aux hébergeurs de données de santé sur support numérique.

Document soumis à consultation

## Objectif 4 : Se saisir des innovations en santé pour renforcer l'accès aux soins et améliorer les prises en charge

Depuis quelques années l'informatique prend une part de plus en plus prépondérante dans le secteur de la santé tant par les dispositifs nouveaux qu'elle permet de créer (objets connectés) les améliorations diagnostiques (imagerie, algorithme d'aide au diagnostic) que les calculs prédictifs de plus en plus précis grâce à l'utilisation de masses de données sans cesse croissantes.

Les innovations sont aussi d'ordre organisationnel, les acteurs à l'aide des nombreux outils à leur disposition en matière de télésanté peuvent en étant distants les uns des autres prendre en charge les patients de manière coordonnée et collaborative.

Afin de faciliter l'émergence de projets innovants, une organisation sera mise en place associant l'assurance maladie, l'université, les professionnels de santé ainsi que les autres acteurs promouvant les innovations (entreprises, Région, etc.). Les projets innovants seront accompagnés durant la phase de mise en œuvre.

### Cibles prioritaires

- Développement de téléconsultations d'anesthésie
- Développement de la télé-expertise par spécialité rare ou par zone géographique sous-dotée (ex: interprétation cardiologique)
- Développement e téléconsultations mémoire
- Augmentation des usages de télésanté de 2% par an à compter de 2019
- Mise en place d'un dispositif de Surveillance et Education Thérapeutique à domicile
- Mise en place du projet Télé AVK.

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Portail Ville-Hôpital</li> <li>✓ DATACENTER HDS</li> <li>✓ Programmes nationaux de e-Santé</li> </ul>
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nombre d'inclusions de patients dans chaque filière</li> <li>✓ Nombre de professionnels de santé adhérent dans chaque filière</li> <li>✓ Economie en soins</li> <li>✓ Précocité du diagnostic</li> <li>✓ Qualité de vie des patients</li> </ul>

## ⇒ Objectif opérationnel 1 : Développer les outils de télémédecine pour lever les freins géographiques à l'accès aux soins

### Cibles prioritaires

- Développement de téléconsultations d'anesthésie
- Développement de la télé-expertise par spécialité rare ou par zone géographique sous-dotée (ex: interprétation cardiologique)
- Développement de téléconsultations mémoire
- Augmentation des usages de télésanté de 2% par an à compter de 2019

### Indicateurs de mesure

- Nombre de téléconsultations d'anesthésie
- Nombre de séances de télé-expertise
- Nombre de consultations mémoire par téléconsultation
- Taux d'usage de la télésanté

L'accès aux soins spécialisés est compliqué pour les patients des îles de l'archipel guadeloupéen et des Iles du Nord, mais aussi pour ceux du Nord Grande Terre, en raison de l'absence de certaines spécialités dans ces zones géographiques, et des conditions de transports, voire de leur coût.

La télémédecine ouvre des possibilités particulièrement intéressantes pour le territoire pour lever ces freins. Il s'agit ainsi de permettre des échanges et un suivi par télémédecine entre professionnels de santé au sujet de patients de l'Archipel Guadeloupéen et des Iles du Nord en vue d'améliorer leur prise en charge médicale et ainsi de faciliter l'accès aux soins en tout point du territoire.

Les outils de télémédecine seront ainsi mobilisés au service de trois projets d'ici 2023 : le développement de consultations anesthésiques par télémédecine, le renforcement de la télé-interprétation dans le champ de la cardiologie, et le développement de téléconsultations mémoire.

L'objectif est d'assurer aux patients de l'archipel et des îles du Nord un accès aux soins facilité, tout en structurant une graduation de l'offre de soins s'appuyant sur les complémentarités professionnelles médicales et paramédicales et la collaboration entre les différents professionnels du territoire.

## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Améliorer la surveillance et le suivi

### Cibles prioritaires

- Mise en place d'un dispositif de Surveillance et Education Thérapeutique à domicile
- Mise en place du projet Télé AVK.

### Indicateurs de mesure

- Nombre de discipline disposant d'un dispositif de télésurveillance et de suivi à distance des patients

Les nouveaux outils de la e-santé peuvent également servir à l'amélioration de la surveillance et du suivi des patients à distance, y compris à domicile.

Deux projets seront ainsi développés d'ici 2023 : la mise en place du dispositif de Surveillance et Education Thérapeutique à domicile (SETADOM) développé dans le cadre du programme ETAPES (expérimentation de la télémédecine pour l'amélioration du parcours en santé) et la mise en place du projet Télé AVK.

Il s'agit bien, par une amélioration du suivi des patients à domicile, de favoriser la surveillance et de limiter les effets indésirables d'un traitement. Indirectement, le développement de ces dispositifs innovants devrait permettre de réaliser des économies en soins.

## Objectif 5 : Réorganiser l'offre de soins du CHU et le repositionner dans le réseau territorial suite à l'incendie

### Cibles prioritaires

- Retrouver un niveau d'activité d'au moins 90% / avant l'incendie
- Développer la chirurgie ambulatoire
- Développer les retours précoces vers les établissements partenaires
- Développer la multidisciplinarité pour l'HDJ et les consultations
- Mettre en place une fédération interhospitalière Mère-enfants
- Développer les consultations avancées
- Développer les équipes de territoire
- Développer l'innovation en santé et les projets de recherche clinique
- Développer la simulation pour la formation

### Indicateurs de mesure

- Taux d'activité du CHU/2016
  - Taux de chirurgie ambulatoire
  - Taux de retour précoces vers les partenaires
  - Date de création de la fédération interhospitalière mère-enfants
  - Nombre de consultations avancées faites par les praticiens du CHU
  - Nombre d'équipes de territoire où interviennent les professionnels de santé du CHU
  - Nombre de projets de recherche clinique
  - Date de création du centre de simulation

L'incendie et l'évacuation totale des principaux bâtiments du CHU qui s'en est suivie ont déstabilisé fortement l'offre de soins du CHU. A ce jour celle-ci est encore éclatée sur plusieurs sites et cette situation devrait perdurer de nombreux mois. Le retour au niveau de l'offre de soins du CHU sera lent. Cette situation qui a pour conséquence une réduction de la capacité d'accueil et de prise en charge du CHU, nécessite un suivi particulier.

Cette réorganisation et ce repositionnement nécessite de repenser les filières de prise en charge avec les établissements partenaires et les professionnels de santé libéraux, notamment dans le cadre de la chirurgie ambulatoire et dans celui de la HAD. Cette crise doit servir de base à une réflexion nouvelle du positionnement du CHU dans l'offre de soins en tant que structure de pointe et cœur d'un réseau territorial qui doit être consolidé. La constitution d'un seul GHT, où le CHU tiendra une place particulière de technique de pointe et d'enseignement, devra se faire avec une volonté de complémentarité et de capacité de montée en puissance des autres établissements publics et privés afin de créer une dynamique collective forte.

## Objectif 6 : Reconstruire l'offre de santé à Saint-Martin et Saint-Barthélemy

Le projet de reconstruction de l'offre de santé dans les Iles du Nord (à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy) s'inscrit dans une dynamique globale de reconstruction de ces deux îles suite aux ouragans Irma et Maria de l'automne 2017. Le Dr Pascal PERROT a été mandaté comme chef de projet « reconstruction de l'offre de santé à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy » auprès de l'ARS de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy par le Secrétariat Général, la Direction Générale de la Santé et la Direction Générale de l'Offre de Soins du ministère des solidarités et de la santé. L'objectif de cette mission de 6 mois est la suivante :

- Superviser, optimiser et accompagner le fonctionnement de l'offre de santé tant ambulatoire qu'hospitalière et médico-sociale ;
- Préserver la dynamique interprofessionnelle et l'étendre à différentes modalités d'exercice pluri professionnel ;
- Suivre la mise en œuvre du projet de reconstruction du centre hospitalier de Saint-Martin et de travaux de Saint Barthélemy ;
- Superviser les projets de reconstruction de l'EHPAD et de construction d'un pôle médico-social ;
- S'assurer de la qualité de l'offre des soins en santé mentale ;
- Inscrire cette offre de santé renforcée dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

⇒ **Objectif opérationnel 1 : Accompagner la reconstruction du centre hospitalier de Saint-Martin et réorganiser l'offre de soins hospitalière des Iles du Nord**

### Cibles prioritaires :

- Développer la coopération interrégionale
- 70% des professionnels de santé accèdent à la télémédecine
- 5 filières de soins principales sont mises en place
- Développer l'accès aux soins pour tous dans la partie française de Saint-Martin
- Structurer le cadre des relations entre les deux Etats présents sur l'île dans le domaine des soins
- Régulation des EVASAN en lien avec la plateforme à venir en Guadeloupe
- Etablir et mettre en œuvre des procédures EVASAN et de transports sanitaires en s'appuyant sur la télémédecine

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Stratégie Nationale de Santé (SNS),</li> <li>✓ Programme régional de télémédecine,</li> <li>✓ Projet d'Etablissement des établissements hospitaliers de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy</li> </ul>
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Taux de réalisation des plans et schémas d'organisation de l'offre hospitalière</li> <li>✓ Evolution du taux de créances irrécouvrables</li> <li>✓ Evolution du budget hospitalier EVASAN</li> <li>✓ Taux de réalisation du plan Télémédecine</li> </ul>

### ⇒ **Sous-objectif 1 : Impulser un plan d'action pour réinstaurer un fonctionnement normal, de qualité et de sécurité**

#### **Cibles prioritaires**

- Développer la coopération interrégionale
- 70% des professionnels de santé accèdent à la télé-médecine
- 5 filières de soins principales sont mises en place

#### **Indicateurs de mesure**

- Nombre de conventions de partenariats
- Nombre de parcours mis en place dans le cadre du GHT
- Taux d'accès des professionnels de santé à la télé-médecine
- Nombre de filières de soins mises en place

Le futur projet médical 2018 – 2023 pour les établissements de Saint-Martin (CH Louis Constant Fleming) et de Saint-Barthélemy (CH Irénée De Bruyn) doit garantir aux populations des Iles du Nord un accès sécurisé à une offre de soins à la fois complète et de qualité. Les principaux leviers pour atteindre l'objectif sont constitués par :

- Le développement des coopérations avec la Guadeloupe, la Martinique et la partie néerlandaise de Saint-Martin (Sint Maarten) ;
- Le déploiement de la télé-médecine dans toutes ses composantes (téléconsultation, télé expertise, télésurveillance, télé assistance médicale et régulation médicale) ;
- La mise en place de filières de soins.

Il s'agira donc, dans un premier temps, d'établir une cartographie des moyens pour sécuriser les activités hospitalières actuelles et potentielles de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy et, dans un second temps, de développer des filières de soins en matière de coopération inter hospitalière et avec l'offre ambulatoire pour optimiser la prise en charge des principales pathologies chroniques.

Ces interventions seront menées dans la perspective d'assurer le développement d'un accès sécurisé à une offre de soins complète et de qualité pour les patients des Iles-du-Nord.

### ⇒ **Sous-objectif 2 : Assurer aux patients un accès aux droits en ville et à l'hôpital**

#### **Cibles prioritaires:**

- Développer l'accès aux soins pour tous dans la partie française de Saint-Martin
- Structurer le cadre des relations entre les deux Etats présents sur l'île dans le domaine des soins

#### **Indicateurs de mesure**

- Taux de personnes en situation de rupture de droits
- Taux de patients venant de la partie néerlandaise
- Taux de recouvrement des créances

La population de Saint-Martin, forte de près de 40 000 personnes, est largement issue de l'immigration, dont une partie est en situation illégale et non intégrée dans un circuit social ou médical. Si pour la partie néerlandaise de l'île, seuls les travailleurs sont assurés sociaux (et éventuellement les membres de leurs familles) moyennant finance, il en résulte qu'il est dès lors plus facile de se rendre sur la partie française où toute personne qui se rend aux urgences est à même de pouvoir bénéficier d'une modalité de prise en charge. Confronté à cette situation et malgré l'existence d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) au CH de Saint-Martin, il est constaté dans les comptes de l'hôpital un taux de créances irrécouvrables très élevé.

L'objectif consiste à bien identifier les causes de précarité (économique, sociale, administrative) sur le territoire de la partie française et vis-à-vis des Etats frontaliers, puis à arrêter des procédures de traitement, pour la partie française (application des dispositifs de droit commun de soutien à l'accès aux soins) et de signature de protocoles d'accord avec les Etats voisins.

Pour ce faire, deux projets ont été retenus. Le premier visera à répertorier les situations de non accès aux droits, le second à mettre en place des procédures internes et frontalières. Ces projets structurants permettront de documenter les situations de non accès aux droits et négocier avec les Etats frontaliers pour assurer un accès aux soins efficaces des personnes étrangères en situation administrative irrégulière qui se présentent aujourd'hui essentiellement à la PASS du CH de Saint-Martin

### ⇒ **Sous-objectif 3 : Définir le schéma le plus efficace pour les EVASAN**

#### **Cibles prioritaires:**

- Inscrire le schéma des EVASAN dans une logique de régulation régionale
- Développer la télémédecine pour l'appréciation des besoins en EVASAN
- Optimiser la gestion des transferts sanitaires

#### **Indicateurs de mesure**

- Taux d'EVASAN considérées comme inutiles à l'arrivée
- Taux d'EVASAN évitées par la télémédecine
- Taux d'EVASAN mutualisées

A Saint-Martin et Saint-Barthélemy, les évacuations sanitaires (EVASAN) sont essentiellement réalisées par voie aérienne. Le budget consacré par le CH de Saint-Martin atteint la somme de 2.5 millions d'Euros et se révèle être en constante augmentation. Il s'agit d'éclairer et d'objectiver les décisions d'évacuation sanitaire en s'appuyant notamment sur des études médico-économiques et sur des analyses de rapport coût-efficacité. Il faut revoir l'ensemble du processus (indications, vecteur utilisé, correspondants et destinations, marchés avec les opérateurs et mutualisation avec la partie néerlandaise).

L'objectif consiste à arrêter le schéma le plus efficace afin d'adopter une organisation optimisée et efficace des transferts et évacuations sanitaires pour améliorer les capacités d'EVASAN.

### ⇒ **Sous-objectif 4 : Définir une offre globale de Télé Médecine**

#### **Cibles prioritaires**

- Elaborer un plan global ville-hôpital de télémédecine
- Former les professionnels de santé à l'utilisation de la télémédecine

#### **Indicateurs de mesure**

- Taux d'actes ville-hôpital réalisés via la télémédecine
- Taux de personnels de santé formés à la télémédecine

Pour St Martin et St Barthélemy, la télémédecine doit représenter le principal levier de la reconstruction de l'offre de soins. Déployée progressivement sur l'ensemble des activités éligibles (Hôpital, Ville, Médico-social), les outils de la télémédecine apporteront aux patients une meilleure prise en charge (moins d'hospitalisation, moins de transfert), aux professionnels de santé une meilleure qualité d'exercice (coordination médecins généralistes-médecins spécialistes, évolution des pratiques, rupture de l'isolement) et à l'ARS un levier d'optimisation de l'organisation des soins.

Ainsi, deux projets seront menés d'ici 2023 : l'établissement d'un plan global ville-hôpital de télémédecine, et un projet d'accompagnement des professionnels de santé dans l'utilisation des outils de télémédecine existants et à venir.

## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Renforcer et consolider l'offre ambulatoire et la garantir en cas de crise

L'offre ambulatoire est importante, de qualité et souvent en lien avec l'activité hospitalière (imagerie, laboratoire, pharmacies, spécialités médicales libérales). Le passage des cyclones a montré la nécessité de renforcer et de développer les liens avec l'hôpital, de façon à être en mesure de garantir une continuité de services dans le secteur ambulatoire. Sur le principe de l'approche pour sécuriser les activités hospitalières, il faut réaliser un inventaire des principales activités de santé réalisées en ambulatoire, d'en mesurer les fragilités et proposer des réponses organisationnelles pour faire face à ces fragilités.

Cibles prioritaires :

- Construire un lien ville-hôpital fort
- Mettre en place Renforcer la CPTS
- Favoriser les formes d'exercice professionnel regroupé
- Diminuer le nombre des passages aux urgences pour des situations qui n'en relèvent pas

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	✓ Stratégie Nationale de Santé (SNS), ✓ Programme régional de télémédecine, ✓ Projet d'Etablissement des établissements hospitaliers de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	✓ Taux de passages aux urgences pour des situations qui n'en relèvent pas ✓ Nombre de structures d'exercice collectif (MSP)

## ⇒ Sous- objectif 1 : Réaliser une cartographie des moyens nécessaires à mettre en place pour garantir une continuité de service de l'offre ambulatoire essentielle

**Cibles prioritaires**

- Construire un lien ville-hôpital fort
- Mettre en place la continuité des activités ambulatoires

**Indicateurs de mesure**

- Taux de participation des professionnels de santé de ville aux projets de l'hôpital
- Nombre de ruptures identifiées dans la continuité des activités ambulatoires

Il s'agit ici de bâtir un véritable plan de continuité des activités ambulatoires de façon à ce que l'offre de ville soit assurée malgré des événements exceptionnels.

Cette ambition demandera à ce que soit établie une cartographie partagée des moyens pour sécuriser l'offre ambulatoire. La perspective à 5 ans est d'assurer une continuité des activités ambulatoires en cas d'évènements exceptionnels.



## ⇒ Sous-objectif 2 : Renforcer l'offre de soins de premier recours

### Cibles prioritaires

- Renforcer la CPTS
- Favoriser les formes d'exercice professionnel regroupé
- Diminuer le nombre des passages aux urgences pour des situations qui n'en relèvent pas

### Indicateurs de mesure

- Nombre d'actions réalisées dans le cadre de la CPTS
- Nombre de structures d'exercice collectif créées
- Taux de passages aux urgences pouvant être évités

La qualité de l'offre de soins de premier recours est essentielle dans l'organisation du système de santé des Iles du Nord compte tenu de la capacité de l'offre hospitalière. Elle doit, pour offrir aux patients des parcours de santé fluides et sans rupture, intégrer l'Education thérapeutique du Patient (ETP) en proximité, la télésanté et la formation des intervenants en inter professionnalité.

Pour ce faire, deux projets seront développés sur les cinq années à venir : d'une part le développement et l'élargissement de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) de Saint-Martin, d'autre part il s'agira d'engager une réflexion pour un exercice professionnel regroupé ou Maison de Santé Pluridisciplinaire. Ces deux projets ont vocation à contribuer à l'amélioration de la coordination des acteurs autour du parcours de santé des personnes mais également à diminuer les passages aux urgences pour des situations qui n'en relèvent pas, en proposant des solutions de proximité et l'accès à des soins non programmés.

## ⇒ Objectif opérationnel 3 : Construire un dispositif renforcé d'offre de prévention, de dépistage et de soins en santé mentale

Face à une demande croissante de prise en charge en santé mentale (adultes et enfants) principalement liée à une fragilisation du tissu social consécutive aux difficultés économiques d'une population multiethnique, et suite aux passages des ouragans (10% des impliqués initiaux pourraient relever d'un suivi post-traumatique), le Service de Psychiatrie du CH Louis Constant Fleming doit être renforcé et soutenu par l'offre ambulatoire et notamment par les médecins généralistes et par le CH de Monteran (Guadeloupe). Le projet de service de psychiatrie doit intégrer ces deux axes de développement. De même, la Cellule Médico-Psychologique (CMP) du CH de Saint-Martin doit s'inscrire dans cette dynamique.

Cibles prioritaires :

- Développer la filière de prise en charge des psycho-traumatismes
- Etablir une coopération forte avec le CH de Montéran

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	✓	Projet de service psychiatrique,
	✓	Plan télé-médecine
	✓	Projet médical du CH 2018-2023,
	✓	Projet Territoire de Santé Mentale
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	✓	Nombre de fiches CIRE d'enregistrement hebdomadaire des troubles psychologiques post-ouragans
	✓	Croissance de la file active du Service de Psychiatrie et du CMP

⇒ **Sous-objectif 1 : Mettre en œuvre un plan post crise de prise en charge des psycho-traumatismes**

**Cibles prioritaires**

- Développer la filière de prise en charge des psycho-traumatismes

**Indicateurs de mesure**

- Nombre de téléconsultations avec le dispositif Karib trauma

Il s'agit ici, d'une part, de répondre à un besoin de prise en charge organisée des psycho-traumatismes subis par la population après le passage des ouragans, sur la base du renforcement du dispositif local hospitalier, initialement assurée dans l'urgence jusqu'à la fin de l'année 2017 par les spécialistes de l'EPRUS et, d'autre part, d'initier une téléconsultation de traitement des psycho-traumatismes avec le dispositif Karib Trauma, de façon à anticiper une nouvelle forme de prise en charge.

Ce dispositif santé de prise en charge des psycho-traumatismes s'inscrit dans le cadre d'un partenariat avec le Conseil Local d'Aide aux Victimes (CLAV) mis en place sous l'égide des ministères de l'Intérieur et de la Justice.

Ces projets devraient permettre d'assurer une prise en charge organisée des psycho-traumatismes subis par la population.

⇒ **Sous-objectif 2 : Inscrire le projet médical du service psychiatrique dans une double dimension, ville-hôpital et régionale, de façon à consolider l'offre de soins en santé mentale**

**Cibles prioritaires**

- Etablir une coopération forte avec le CH de Montéran

**Indicateurs de mesure**

- Signature d'une convention spécifique de partenariat

Sur la durée du projet de santé, il s'agira de consolider l'offre locale en matière de santé mentale, et de développer la place du CH de Saint-Martin dans le projet territorial de santé mentale du CH de Montéran. Un des résultats attendus est bien de pouvoir améliorer l'accès à une prise en charge en santé mentale par la psychiatrie de secteur.

## ⇒ Objectif opérationnel 4 : Refondre l'offre médico-sociale dans un pôle médico-social unique

Le projet de Pôle Médico-Social doit permettre de répondre à une double problématique :

- Pour les personnes âgées : proposer une offre adaptée aux besoins d'une population âgée dépendante en augmentation. La structure architecturale de l'EHPAD de Bethany Home à Saint-Martin (capacité actuelle de 40 places) est obsolète et inadaptée, notamment pour les personnes âgées porteuses de maladies neurodégénératives.
- Pour les personnes handicapées : l'île souffre d'un manque global d'équipements et de prise en charge spécialisés à destination des personnes handicapées (seul existe sur Saint-Martin un SESSAD de 47 places). Des cas de maintien à domicile de personnes handicapées dans des conditions inadaptées voire indignes sont recensés. La création de places sur le territoire est donc indispensable pour pallier le manque important de structures.

Cibles prioritaires :

- Créer un pôle médico-social unique à Saint-Martin, décentralisé pour partie à Saint-Barthélemy
- Mettre à disposition des acteurs un réseau d'appui autour de ce pôle
- Développer au moins 3 projets structurants au sein de ce pôle

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	✓	Poursuite du Projet de Santé défini pour les Ile-du-Nord sur la période du précédent PRS
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	✓	Nombre de places créées
	✓	Nombre de bénéficiaires

## ⇒ Sous-objectif 1 : Piloter le projet de pôle médico-social

**Cibles**

- Créer un pôle médico-social unique à Saint-Martin, décentralisé pour partie à Saint-Barthélemy

**Indicateurs de mesure**

- Date de mise en place de ce pôle

Depuis le 15 juillet 2007, l'ensemble des établissements à caractère socio-éducatif et médico-social se trouvent désormais sous la responsabilité de la Collectivité d'Outre-Mer Saint Martin. Dans ce cadre, la Collectivité soutient le projet de création d'un pôle médico-social unique qui regroupera sur un même site une offre de service en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Il s'agit ici de superviser et d'accompagner la conduite de ce projet stratégique pour les Iles du Nord.

Ainsi, pour mener à bien ce projet, il s'agira dans un premier temps d'identifier les acteurs et leurs besoins et de partager un diagnostic en vue de valider une organisation cible ; dans un second temps, d'animer et de structurer la conduite du projet afin de s'assurer de sa mise en place et son fonctionnement opérationnel. Ce projet devrait permettre d'assurer une offre médico-sociale adaptée aux besoins des populations des Iles du Nord.

## ⇒ **Sous-objectif 2 : Développer et coordonner l'appui aux acteurs du projet de pôle médico-social**

### **Cibles prioritaires**

- Mettre en place un réseau d'appui autour de ce pôle
- Développer au moins 3 projets structurants au sein de ce pôle

### **Indicateurs de mesure**

- Nombre de convention de collaboration
- Nombre de projets structurants

Le projet de Pôle Médico-Social de nature complexe et stratégique, doit être réalisé dans les meilleurs délais compte tenu des besoins. A partir de la mise en place d'une consultation de l'ensemble des acteurs du COPIL, il s'agit, d'une part, de mesurer les capacités réelles des acteurs locaux en place et, d'autre part, de proposer des participations extérieures d'acteurs associatifs nationaux (expertise métier, logistique).

Ainsi, deux projets permettront d'atteindre ces objectifs. D'une part, il conviendra de travailler à la mobilisation et mise à disposition des acteurs des ressources expertes (animation, conduite de projet, formation). D'autre part, les cinq prochaines années devront être l'occasion de consolider l'accompagnement des porteurs de projets pour la réponse aux appels à projets.

Sur la base de cette consultation et en lien avec la Collectivité, l'ARS retiendra et accompagnera les acteurs les plus à même de porter les projets de structure. Il est donc attendu de l'ARS et de ses partenaires, un soutien aux acteurs renforcés pour qu'ils puissent se structurer et se former pour assurer une offre médico-sociale de qualité.

## ORIENTATION 4 : ASSURER LA STRUCTURATION DES PARCOURS DE SANTE PRIORITAIRES, DE LA PREVENTION A LA PRISE EN CHARGE, LA READAPTATION ET LE SUIVI

*Rappel des orientations définies dans le Cadre d'Orientation Stratégique :*

- **Définir les prérequis** qui s'imposeront comme socle commun de tous les parcours de santé, formalisé à partir des points de rupture identifiés.
- **Identifier quelques parcours de santé prioritaires** et proposer des étapes et des modalités d'accompagnement pour chacun.
- **Renforcer la coordination des acteurs**, notamment par le partage des informations par le numérique et le développement de plates-formes de services en santé et en accompagnement médicosocial
- **Renforcer l'accès aux droits et aux soins**, sur tous les territoires (phénomène de non recours important), notamment sur ceux des Iles du Nord et du Sud en se basant sur des résultats plus précis issus de l'observation et la connaissance de l'état de santé et de ses modalités d'accès aux droits et aux soins de la population concernée par le PRAPS
- **Construire des parcours adaptés** vers l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité, notamment par le renforcement de tous les dispositifs pour « aller vers » et un meilleur maillage des services sociaux hospitaliers avec les autres services sociaux (particulièrement à travers la PTA)

Pour décliner ces orientations, deux objectifs sont définis sur les 5 années à venir :

- ▶ Améliorer les parcours de santé des publics cibles, à savoir périnatalité – mère-enfant, les personnes en situations de handicap, les personnes âgées et les femmes victimes de violence
- ▶ Améliorer les parcours autour de sujets clefs de santé publique, notamment les maladies chroniques, les cancers, et les problématiques de santé mentale.

## Objectif 1 : Améliorer les parcours de santé des publics cibles

Le parcours de santé s'inscrit au-delà du parcours de soins, il apporte une réponse aux besoins de prévention, aux besoins sociaux et médico-sociaux de ces publics cibles que sont ici la mère et l'enfant, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées et les femmes victimes de violences.

Il interroge l'ensemble des déterminants de santé, englobant ainsi les acteurs des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux dont le choix et la coordination permettent d'assurer dans la durée la prise en charge la plus adaptée, la plus globale et la plus harmonieuse pour le patient.

Par ce biais on cherche :

- A réduire les inégalités géographiques entre les différentes parties du territoire
- A identifier les leviers régionaux qui peuvent répondre aux points de rupture constatés. Ces leviers sont divers tels :
  - La définition d'objectifs partagés ou d'un projet de santé
  - L'accessibilité à l'offre de soins, la lisibilité du parcours
  - un lien de confiance avec le médecin traitant
  - un système qui permet aux professionnels de communiquer entre eux et de coordonner leurs interventions autour de la personne respect du rôle de chacun,
  - des connexions numériques en tout point du territoire
  - l'implication de l'utilisateur ou à défaut, la présence d'aidants naturels (familial, social ou médico-social) qui neutralise au moins partiellement les difficultés
  - l'accompagnement à la sortie du système de soins et au retour dans le lieu de vie.

## ⇒ Parcours périnatalité – mère-enfant

A travers le parcours périnatalité, il est question de fédérer l'ensemble des acteurs de prévention et de santé en périnatalité sur la Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy pour contribuer à la réduction de la mortalité infantile et à l'amélioration du suivi des enfants vulnérables, un enjeu fort pour le territoire.

Dans ce cadre, il apparaît essentiel de chercher à mettre en place des filières périnatales physiologiques et pathologiques ainsi qu'un réseau de suivi des enfants vulnérables. En complément, il sera intéressant d'associer et de veiller à coordonner, au niveau régional, les actions des différents professionnels et institutions.

Si ces travaux sont menés à terme, le territoire connaîtra une diminution de la mortalité infantile, notamment par une amélioration du suivi des enfants vulnérables.

### Cibles prioritaires:

- Mettre en place une dynamique de territoire concernant la périnatalité

### Indicateurs de mesure

- Nombre de filières mises en place
- Taux de mortalité infantile
- Taux de morbidité des jeunes parturientes

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plan de réduction de la mortalité infantile</li> <li>✓ Instruction N°DGOS/PF3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité</li> </ul>
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mise en place effective et structurée de filières</li> <li>✓ Maintien d'un haut niveau de compétences en périnatalité sur le territoire</li> </ul> <p>Indicateurs quinquennaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evolution du taux de mortalité infantile</li> <li>✓ Evolution du taux de mortalité néonatale précoce</li> <li>✓ Evolution du taux de mortalité périnatale</li> </ul>

## ⇒ Parcours de santé des personnes en situation de handicap

Les besoins exprimés par les personnes en situation de handicap ont évolué, et la réponse sous la forme de places dans un établissement ou service ne suffit plus pour tenir compte de la diversité des aspirations des personnes et de la volonté d'une plus grande inclusion et intégration dans la Cité. La modernisation et la transformation de l'offre médico-sociale en faveur des personnes en situation de handicap est donc nécessaire pour répondre à ce double enjeu : améliorer la prise en charge des personnes et l'accompagnement de leurs aidants et développer une offre plus inclusive et renforcer l'accompagnement à domicile. Cette modernisation s'inscrit dans les évolutions réglementaires récentes (réponse accompagnée pour tous, mise en œuvre du dispositif ITEP, stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale...). Enfin, de manière à mieux accompagner ces évolutions, deux autres enjeux doivent trouver des réponses : d'une part l'amélioration de la connaissance et l'observation des besoins des personnes en situation de handicap et des situations sans réponse ; d'autre part, le renforcement du diagnostic et du dépistage précoces.

Les défis à relever dans le cadre de ce nouveau parcours sont donc conséquents et devront passer par une amélioration de la connaissance de la situation du handicap sur le territoire, ainsi que l'amélioration de la précocité du diagnostic et l'accompagnement de la personne en situation de handicap. En parallèle, il sera intéressant de favoriser l'accès à l'ensemble des dispositifs de droit commun inclusifs et essentiel de promouvoir des dispositifs d'accompagnement coordonnés aux étapes charnières du parcours de vie des personnes en situation de handicap, tout en veillant à renforcer le soutien aux aidants.

Une fois ces actions mises en œuvre, le territoire devrait bénéficier d'un dépistage plus précoce du handicap grâce à une meilleure coordination entre les acteurs du repérage. De plus, les outils de connaissance du handicap et des situations complexes plus opérants pourront être partagés pour une plus grande inclusion des adultes et enfants en situation de handicap, en milieu scolaire et professionnel. Enfin les aidants devraient mieux vivre leur situation via un renforcement des dispositifs de soutien leur étant destinés.



### Cibles prioritaires

- Connaître pour 100% des personnes ayant eu une notification MDPH la ou les déficiences(s)
- Connaître pour 100% des personnes ayant eu une notification MDPH la répartition dans les services et établissements médico-sociaux (ESMS)
- Réduire de 50% les files d'attente pour favoriser un diagnostic précoce des enfants
- Réduire de 50% le maintien des personnes handicapées adultes dans des ESMS pour enfants
- Favoriser pour 100% des personnes en situation de handicap l'accès à des dispositifs de droits communs inclusifs
- Accompagner 100% des personnes handicapées en situation de rupture ou en risque de rupture de parcours
- Améliorer l'accompagnement des aidants
- Améliorer l'accompagnement des personnes handicapées sur les territoires de Saint-Martin, et Saint-Barthélemy en ouvrant 50% des ESMS prévus pour le Pôle Médico-Social des îles du Nord et en favorisant leur accès aux dispositifs de droits communs inclusifs

### Indicateurs de mesure

Nombre de codages saisis dans le logiciel IODAS par rapport au nombre total de notifications prises par la MDPH (mesure annuelle au 31/12)

Nombre d'ESMS ayant installé et utilisant le logiciel Via trajectoire (mesure annuelle au 31/12)

Nombre d'enfants adressés aux CAMSP inscrits en file d'attente (mesure biannuelle au 31/12)

Nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants au titre de l'amendement Creton (mesure annuelle au 31/12)

Nombre d'enfants accueillis en ESMS et bénéficiant d'une inclusion scolaire/ Nombre de personnes accompagnées par le dispositif PCPE/ nombre de personnes entrées dans le dispositif emploi accompagné/ nombre de personnes entrées dans le dispositif habitat inclusif (mesure annuelle au 31/12)

Nombre de plans d'accompagnement global (PAG) élaborés et mis en œuvre pour des personnes en relevant (mesure annuelle au 31/12)

Nombre de dispositifs ou des structures de répit mises en place, nombre de formations en faveur des aidants dont celles réalisées pour les aidants experts (mesure annuelle au 31/12/)

Nombre d'ESMS créés et capacités installées, Nombre de personnes handicapées entrées dans les dispositifs de droit commun inclusifs (mesure annuelle au 31/12/)

### Liens avec les programmes / plans d'action existants

- ✓ La démarche Réponse Accompagnée Pour Tous
- ✓ La mise en œuvre du dispositif intégré ITEP (décret du 24/07/2017)
- ✓ La stratégie quinquennale de l'offre médico-sociale:
  - Le développement de l'habitat inclusif
  - Le soutien, et l'accompagnement des aidants
  - Le plan polyhandicap
  - Le plan handicap psychique
- ✓ La finalisation du plan autisme 3 et le lancement du plan autisme 4
- ✓ Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PRITH)
- ✓ L'accompagnement dans l'emploi accompagné (décret du 27/12/2016)
- ✓ Le déploiement d'outils et de dispositifs:

- Le lancement de Via Trajectoire Handicap
- La généralisation des CPOM
- Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM)

Document soumis à consultation

## ⇒ Parcours de santé des personnes âgées

L'objectif de ce parcours pour les personnes âgées est d'assurer un vieillissement harmonieux et en bonne santé le plus long possible et donc de retarder l'entrée dans la dépendance. Ce « bien vieillir » est développé dans le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie (septembre 2015) que chaque région et chaque département, doit mettre en œuvre notamment grâce à la réunion de tous les partenaires au sein de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

Il est démontré qu'une activité physique régulière, une bonne alimentation, des stimulations cognitives et, si nécessaire, un traitement pharmacologique, retardent l'entrée dans la dépendance et permettent de contribuer au maintien. L'enjeu de prévention de la perte d'autonomie passe donc à la fois par :

- La promotion de la qualité de vie de la personne et le développement d'actions dédiées
- Le repérage précoce des fragilités et autres syndromes gériatriques des personnes
- Le développement du soutien à domicile et l'étayage de la personne à domicile par l'accès à des prises en charge séquentielles
- Le travail autour de la coordination domicile / établissement et hospitalisation – l'hospitalisation pouvant représenter une véritable rupture dans le parcours de vie de la personne
- L'amélioration de l'accès et de la qualité des prises en charge en EHPAD
- L'accès à des compétences spécialisées, notamment au domicile, permettant d'assurer des prises en charge adaptées

Consciente de ces défis, l'ARS souhaite engager une diversité d'action pour les personnes âgées de son territoire et notamment travailler sur la promotion du « bien vieillir » pour améliorer la qualité de vie de la personne âgée guadeloupéenne. De plus, l'ARS souhaite améliorer le repérage précoce et l'évaluation de la fragilité de la personne âgée pour prévenir l'hospitalisation et améliorer les conditions d'admission et de sortie de la personne âgée. Enfin un levier reste de favoriser le soutien à domicile et l'accès à des prises en charge alternatives ou séquentielles afin de faciliter l'accès de la personne âgée aux compétences spécialisées. Un travail conséquent doit donc être réalisé pour adapter l'offre à des prises en charge spécifiques et poursuivre l'amélioration de la qualité des prises en charge en EHPAD.

L'ensemble de ces actions en faveur des personnes âgées devrait entraîner une augmentation de l'âge moyen d'entrée dans la dépendance, grâce à une augmentation du nombre de programmes de prévention élaborés / financés via la Conférence des financeurs de la perte d'autonomie. Cette mise en parcours amènera également à l'amélioration de la coordination ville-domicile-hôpital, à travers le partage et l'utilisation d'outils communs de repérage et de diagnostic de la fragilité.

**Cibles prioritaires :**

- Retarder la perte d'autonomie pour les personnes âgées à partir de 60 ans et plus
- Déployer l'outil de repérage précoce validé par l'HAS (Phénotype de Fried et ses variantes) et les dispositifs d'évaluation des fragilités sur 100% des territoires (communes, communautés de communes, collectivités)
- Mettre en place sur 100% des territoires de la région des dispositifs et structures visant à favoriser le maintien à domicile, les prises en charges alternatives ou séquentielles, le maintien des capacités fonctionnelles à la sortie des hospitalisations, la qualité de prise en charge en EHPAD, l'accès à des compétences spécialisées pour des situations complexes
- Améliorer l'accompagnement des personnes âgées sur le territoire de Saint-Martin, en reconstruisant l'EHPAD sur le site principal du Pôle Médico-Social des îles du Nord

**Indicateurs de mesure :**

Nombre d'actions de prévention individuelles ou collectives mises en place par les différents partenaires dans le cadre ou pas de la commission des financeurs (mesures annuelles au 31/12)

Nombre de territoires communaux, communautés de communes, et de collectivités sur lesquels la grille de repérage des fragilités a été déployée/ Nombre de professionnels de santé formé au repérage et/ou à l'évaluation des fragilités/ Nombre de passeport LIN mis en place et nombre de bénéficiaires (mesures annuelles au 31/12)

Nombre de structures ou dispositifs supplémentaires de répit mis en place (accueil de jour, accueil temporaire, plateforme de répit)/ Nombre de structures ou dispositifs innovants mis en place (SPASAD,...)/ Nombre d'unité d'hébergement renforcé mises en place/ Nombre d'équipes mobiles de gériatrie et de gérontopsychiatrie/ Nombre de personnes suivies en gestion de cas par les MAIA/ Nombre de projets de télémédecine spécifiques accompagnés (mesures annuelles au 31/12)

EHPAD de Saint-Martin reconstruit sur le site principal du pôle Médico-Social

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie (septembre 2015)</li> <li>✓ Loi d'adaptation de la société au vieillissement</li> <li>✓ Plan maladies neurodégénératives</li> </ul>
---	---

## ⇒ Parcours des femmes victimes de violences

Le parcours pour les femmes victimes de violence vise à détecter les mineures et femmes victimes de violences sur le territoire, à les accompagner dans leurs démarches de santé, et à assurer leurs soins et leur sécurité à la sortie du système de soins.

Ce parcours doit s'articuler autour d'une diversité d'actions dont le renforcement du repérage des femmes victimes de violences dans le système de santé permis par un développement de la visibilité des dispositifs existants et une amélioration de la coordination au niveau régional des actions des différents intervenants. Plus précisément encore, il s'agira de définir un circuit protégé intra hospitalier et de chercher à préparer la sortie sécurisée du système sanitaire.

A travers ces travaux, il sera question d'arriver à une meilleure coordination des acteurs, facilitant la prise en charge et l'orientation dans le système de santé des femmes victimes de violences.

### Cibles prioritaires:

- Former les professionnels de santé au repérage des signes
- Mettre en place au moins 2 référents par territoire

### Indicateurs de mesure

- Suivi de la file active du référent/nombre de femmes détectées
- Nombre de femmes orientées/nombre de femmes détectées

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	✓	5ème plan de mobilisation et de lutte contre les violences 2017-2019
	✓	Plan régional de lutte contre les violences faites aux femmes
	✓	Rapport IGAS de mai 2017
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	✓	Nombre de femmes victimes de violences concernées et orientées par des acteurs du système de santé

## Objectif 2 : Améliorer les parcours autour de sujets clés de santé publique

Le choix de ces sujets repose sur l'augmentation de ces pathologies de longue durée dans la région. La réponse doit être mieux articulée, les prises en charge davantage coordonnées autour du patient pour préserver sa qualité de vie.

On cherche à dépister tôt et à entrer dans le parcours de soins tôt, on cherche à décloisonner et faire en sorte que des professionnels médico-sociaux, sociaux, du soin et de la prévention travaillent ensemble, à structurer les possibilités d'intervention, pallier les ruptures sociales.

Des dispositifs comme par exemple PLANIR (Plan Local d'Accompagnement du Non recours, des Incompréhensions et des Ruptures) ou la LUP (ligne urgence précarité) portés par la CGSS ; la PTA, les réseaux cancer et diabète, les coordinations territoriales de l'ETP, mobilisent leurs ressources pour faciliter les accès des personnes concernées aux droits d'une part et aux soins d'autre part.

Sont à renforcer par exemple :

- Les dépistages pour des prises en charge précoces
- Les dispositifs d'annonce de la maladie chronique
- les RCP inter établissements pour les patients atteints de cancer
- l'attractivité du territoire vis-à-vis de médecins spécialisés en oncologie
- le développement des programmes d'éducation thérapeutique impliquant des patients
- la mise en œuvre l'accompagnement social personnalisé
- la promotion de la santé mentale et la déstigmatisation des maladies psychiatriques
- la diminution des ruptures thérapeutiques et du recours aux soins sans consentement

## ⇒ Parcours maladies chroniques

La définition d'un parcours pour les malades chronique permettra de s'assurer de leur bonne orientation dans le système de santé, en considérant les impacts sur leur vie quotidienne. Les maladies chroniques considérées sont les maladies non transmissibles (diabète, maladies cardiovasculaires), les maladies rares (drépanocytose), le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C, les maladies inflammatoires chroniques (rhumatismes inflammatoires) ainsi que les symptômes d'expression rhumatismale apparaissant plusieurs mois chez des patients ayant contracté le chikungunya.

Dans le cadre de ce parcours, il s'agira d'améliorer le repérage, le dépistage et le diagnostic précoces des maladies chroniques puis de renforcer le dispositif d'annonce, en prenant appui sur le contenu du guide de la HAS. Ce parcours permettra également de faciliter la mission du médecin traitant comme coordonnateur pour garantir l'accès aux droits des patients et leurs aidants, ainsi que l'accès territorialisé aux soins. In fine, ce parcours doit développer la participation des patients aux programmes d'ETP.

Une fois ce parcours mis en place, les Guadeloupéens devraient constater un développement de projets de santé autour de la prise en charge des malades chroniques, présentés à travers des supports d'information et de communication adaptés aux populations.

### Cibles prioritaires

- Au moins un projet de santé par maladie chronique porté par une équipe territoriale

### Indicateurs de mesure

Nombre de projets de santé

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	✓	Loi d'adaptation de la société au vieillissement
	✓	Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016
	✓	SNS-Outre-Mer
	✓	Guide de la HAS
	✓	PNNS
	✓	Plan sport et bien être
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	✓	Evolution de la participation des patients aux programmes d'ETP
	✓	Identification de consultations d'annonce et typologie du personnel y participant

## ⇒ Parcours cancer

Avec près de 1500 nouveaux cas par an, la prise en charge des cancers constitue un véritable enjeu notamment en termes d'organisation de l'offre, de sécurité des soins, de la prise en compte de l'évolution des prises en charge, d'accès aux examens et aux équipes les plus pertinentes.

Ces enjeux nécessitent une articulation forte entre les différentes étapes du parcours de la personne, dès le diagnostic initial de la maladie, et ce pour éviter toute perte de chance.

Par ailleurs, compte-tenu du déficit en ressources médicales et de l'insularité du territoire, il est important d'organiser la prise en charge des patients atteints de cancer selon des filières associant établissements publics et privés, ville-hôpital, dispositifs de coordination et d'information. Cette structuration doit tenir compte des spécialités d'organe, des territoires notamment en double insularité, de la pédiatrie et des personnes âgées.

Les actions entreprises doivent permettre :

- une coordination des acteurs et des échanges d'information accrus entre professionnels ;
- une coopération entre hôpital et la médecine de premier recours pour organiser la prise en charge du patient
- de déterminer des circuits clairs d'adressage notamment dans les situations complexes ;
- de placer le patient, au centre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
- de réduire les délais d'accès aux équipements et aux spécialistes.
- de créer des formules intermédiaires innovantes permettant un continuum de prise en charge
- de garantir au patient quel que soit son lieu de résidence des soins de proximité par une offre structurée et diversifiée en cancérologie.

Ainsi, les efforts menés par l'ARS et ses partenaires sur la période du SRS porteront en priorité sur l'organisation des filières de soins en cancérologie, pour les rendre plus fluides et plus lisibles pour le patient et les professionnels ; le renforcement du maillage territorial pour favoriser l'accès aux soins et au diagnostic (via notamment le développement de consultations avancées ou de la télémédecine en cancérologie) ; l'amélioration de l'articulation ville/hôpital et l'amélioration du parcours de vie des patients pendant et après le cancer, notamment via la généralisation du dossier communicant de cancérologie (DCC). Il s'agira par ailleurs de conduire des actions visant à pallier le déficit de ressources médicales en cancérologie en proposant des projets et des modes d'organisation attractifs pour les cardiologues.

### Cibles prioritaires

- 1 RCP régionale mise en place ;
- 2 postes de clinicat créés en cancérologie dont 1 radiothérapeute et 1 oncologue;
- 1 médecin onco-généticien recruté
- 80 % des patients bénéficient d'une annonce médicale et d'une annonce paramédicale toutes deux tracées ;
- 100 % des patients bénéficient d'un PPS
- 100% des patients bénéficient d'un PPAC
- 2 équipes mobiles de soins palliatifs intervenant hors les murs créées
- 90 % des femmes ayant eu une ablation du sein bénéficient d'une reconstruction mammaire (Prestations dérogatoires)
- Doubler les lits halte soins santé (LHSS)
- 10 appartements de 2 pièces pour les patients et leurs accompagnants venant de

### Indicateurs de mesure

- Date de mise en place de la RCP
- Nombre de postes de clinicat créés en cancérologie
- Nombre de médecins onco-généticiens
- Nombre de patients ayant bénéficié d'une PPS
- Nombre de patients ayant bénéficié d'une PPAC
- Nombre d'équipes mobiles de soins palliatifs intervenant hors les murs
- Nombre de reconstructions mammaire chez les femmes ayant eu une ablation du sein
- Nombre de lits halte-soins santé
- Nombre d'appartements pour les patients et leurs accompagnants
- Nombre de médecins ayant accès aux documents parcours



zones en double insularité (IDN, IDS, Saint-Martin, Saint-Barthélemy).

- 1 espace de partage : régional en cancérologie. est créé (PTA)
- 90 % des patients bénéficient d'un PPS
- 90% des patients bénéficient d'un PPAC
- 100 %des CR-ACP sont structurés en CDA-R2-N3 (architecture du dossier médical agréée ASIP)
- 100 %des fiches RCP (FRCP) sont structurés en CDA-R2-N3
- 100 %des fiches PPS (FPPS° sont structurés en CDA-R2-N3
- 100% des médecins traitants ont accès aux documents de parcours de leurs patients atteints de cancer (FRCP, PPS) via le DMP ou la messagerie sécurisée

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plan cancer 2014-2019</li> <li>✓ Feuille de route régionale cancer</li> <li>✓ SNS Outre-Mer</li> </ul>
---	---

## ⇒ Parcours santé mentale

Le décloisonnement des prises en charge (prévention, soin, accompagnement, insertion) et la réduction des inégalités d'accès aux soins et services constituent des priorités territoriales en Guadeloupe. Dans ce cadre, ce parcours doit permettre de promouvoir la santé mentale et déstigmatiser les maladies psychiatriques ; il doit également diminuer les ruptures thérapeutiques et le recours aux soins sans consentement pour fluidifier le système.

Pour que ce parcours fonctionne efficacement, il faudra veiller à mettre en œuvre l'approche transversale de la politique de santé mentale dans le cadre du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) et des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), notamment en améliorant le repérage précoce de la souffrance psychique. Une fois en parcours, il faudra s'assurer d'améliorer les conditions de vie, l'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique et, plus largement, promouvoir le bien-être mental en agissant sur les déterminants individuels, sociaux et environnementaux de la vulnérabilité sociale et psychique.

Ce parcours sera effectif lorsque les contractualisations du PTSM par le biais du CTSM seront finalisées et qu'en conséquence tout le territoire sera couvert par les CLSM. Une diminution du nombre de soins sans consentement devrait également être recensée et, en corollaire, une augmentation de l'activité ambulatoire devrait se dessiner.

### Cibles prioritaires

- Diminution de 10% des hospitalisations sans consentement
- Mise en place d'un CLSM dans chaque EPCI
- Elaboration du PTSM

### Indicateurs de mesure

- Nombre d'hospitalisations sans consentement
- Suivi de la montée en charge du CLSM
- Nombre d'actions réalisées / nombre d'actions prévues au PTSM

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Loi HPST</li> <li>✓ Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 – Article 69 et décret du 27 juillet 2017</li> <li>✓ Programme national de prévention du suicide</li> <li>✓ Stratégie nationale de santé</li> </ul>
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evolution des hospitalisations sans consentement : à la demande d'un tiers (SDT); sur décision d'un représentant de l'État (SDRE); en cas de péril imminent (SPI)</li> <li>✓ Evolution du nombre de communes couvertes par un CLSM</li> <li>✓ Evolution de la file active des CMP et des Hôpitaux de jour</li> <li>✓ Evolution du nombre de PAG réalisés dans le cadre de la Réponse accompagnée pour tous pour des personnes en situation de handicap psychique, dont nombre de PAG mobilisant la psychiatrie</li> <li>✓ Nombre d'actions réalisées / nombre d'actions prévues au PTSM</li> </ul>

## Objectifs déclinés pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy 2018-2023 et indicateurs

- **Parcours de santé des personnes en situation de handicap et Parcours de santé des personnes âgées**
  - Voir l'Objectif 6 – Objectifs opérationnels 4 de l'Orientation 3 du SRS.

Document soumis à consultation

## ORIENTATION 5 : CREER LES CONDITIONS D'UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA SANTE ET AMELIORER LA VEILLE ET LA GESTION DES CRISES ET DES CATASTROPHES SANITAIRES

L'environnement et le milieu naturel sont des déterminants importants de la santé.

L'exposition de la population aux risques naturels pouvant avoir un effet néfaste sur la santé est d'autant plus prégnante en Guadeloupe et dans les Iles du Nord, en raison du climat tropical favorisant le développement de maladies vectorielles, des risques météorologiques et naturels de façon générale (risque sismique notamment).

La Guadeloupe et les îles de Saint-Martin et Saint Barthélemy sont exposées à six grands types de risques naturels : inondation, mouvements de terrain, cyclone, tempête, séisme et éruption volcanique. Ces risques sont considérés comme « majeurs » car leur fréquence est faible mais les dommages causés sont potentiellement importants comme l'ont montré les cyclones Irma et Maria qui ont touché les Antilles en septembre 2017.

La structuration de réponses efficaces à ces risques est l'un des objectifs du COS, qui prévoit une meilleure coordination de la filière de la gestion de crises, un renforcement de la veille et de la sécurité sanitaire, et une structuration plus importante des réponses, adaptées à chaque type de phénomène. Ces objectifs sont déclinés dans la présente orientation, notamment par une meilleure préparation des acteurs à la gestion efficace des risques et crises sanitaires.

Au-delà de la gestion des crises et des imprévus, il s'agit également de prévenir les risques plus quotidiens liés à l'environnement. La qualité de l'eau ou encore la pollution de l'air et des sols ont des effets sur la santé qui peuvent être réduits, notamment en sensibilisant la population et en améliorant la surveillance des milieux naturels et de l'habitat. Ces actions, qui font partie des objectifs du COS, figurent également dans la présente orientation, qui ambitionne de créer les conditions d'un environnement favorable à la santé.

*Rappel des orientations définies dans le Cadre d'Orientation Stratégique :*

- **Assurer une coordination de toute la filière « gestion de crise », préparer le système de santé à la gestion de crise et catastrophe de nature exceptionnelle** (ORSAN - Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles) et **mieux articuler la gestion de crise sanitaire et le dispositif d'adaptation rapide de l'offre de soins** grâce à une identification préalable des domaines de faiblesse ou de rupture capacitaire ;
- **Renforcer la veille et la sécurité sanitaire** par une plus grande efficacité des vigilances structurées en réseau (RREVA) et le développement d'une « culture » de signalement de l'évènement indésirable grave pour améliorer, de façon continue, la sécurité des prises en charge
- **Accroître la surveillance dans les milieux naturels** (baignades en eaux douces ou de mer) ainsi que les substances émergentes dans les eaux destinées à la consommation humaine, ou dans l'habitat (notamment en ce qui concerne le plomb)
- **Mieux informer et sensibiliser la population** aux effets de l'environnement sur la santé (qualité de l'eau, pollutions atmosphériques ...).
- **Renforcer la capacité d'anticipation, de prévention et de gestion des alertes liées aux maladies vectorielles** par une amélioration de la veille sanitaire et de la surveillance entomologique d'une part et, d'autre part, par une structuration, une coordination et animation des réseaux d'acteurs impliqués dans les domaines de la Lutte anti vectorielle, de la gestion de l'environnement, de la communication, de la mobilisation sociale et de la prise en charge des cas

- **Mieux structurer la réponse et la formation adaptée de proximité** pour chaque type de phénomène, notamment au travers des CLS et en lien avec le CNFPT, l'Education Nationale et les différents acteurs de la formation professionnelle

Pour décliner ces orientations, deux objectifs sont définis sur les 5 années à venir :

- ▶ Un objectif visant à mieux préparer et organiser les acteurs à la gestion efficace et rapide des risques et crises sanitaires
- ▶ Un objectif ayant pour but de créer les conditions d'un environnement favorable à la santé

Document soumis à consultation

## Objectif 1 : Mieux préparer et organiser les acteurs à la gestion efficace et rapide des risques et crises sanitaires

La Guadeloupe fait face à une probabilité élevée d'occurrence de risques naturels pouvant avoir un impact sur la santé de la population. L'objectif est donc de disposer d'une politique de veille et de gestion des crises sanitaires qui soit la plus opérationnelle possible.

La notion de veille sanitaire fait référence à la réception, l'analyse, et au traitement des alertes, et elle implique un retour nécessaire et pertinent des actions entreprises aux acteurs locaux. A cela s'ajoutent les actions portant sur la gestion des situations d'urgence et de crise, à différencier de la veille sanitaire. Sur l'ensemble de ces champs, le rôle et les modalités de contribution de chaque acteur, à tous les échelons, sont à définir clairement, afin de parvenir à une culture partagée du risque sanitaire sur le territoire de la Guadeloupe et des îles de Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Il s'agit aussi de développer de nouveaux outils de suivi de la gestion de crise (en lien avec Atlas Santé), d'installer le RREVA et une réunion régionale de sécurité sanitaire

### Cibles prioritaires

- Développer un outil cartographique numérisé de coordination des acteurs
- Former 10 professionnels de santé ou référents « gestion de crise » par EPCI
- Recenser l'ensemble des outils intersectoriels de prévention et en assurer la cohérence.
- Une réunion de sensibilisation des usagers par EPCI
- Au moins un exercice intersectoriel par an
- 50% des CPOM comportent un chapitre relatif à la gestion de crises
- 1 référent prévention/sensibilisation par EPCI et entreprise
- Une cartographie de l'offre capacitaire disponible ou mobilisable à chaque instant, pour chaque scénario
- Disposer d'un ROR utilisable pour la gestion de crise

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Point Focal Régional et Portail national de signalement</li> <li>✓ Plan séisme Antilles</li> <li>✓ FPRNM (fond de prévention des risques naturels majeurs) visant à réduire les vulnérabilités.</li> <li>✓ Actions de prévention et d'information sur la garantie catastrophe naturelle (CatNat)</li> <li>✓ Plan ORSEC (plan AMAVI, NOVI, PZM, plan iode, plan de vaccination)</li> <li>✓ Dispositif ORSAN</li> <li>✓ PRSE 3,</li> <li>✓ PSAGE Arboviroses,</li> <li>✓ Dispositifs SINUS et CIVIC,</li> <li>✓ Les plans blancs des établissements de santé, les plans bleus des EMS</li> <li>✓ Plan de prévention des risques naturels</li> <li>✓ Plans Communaux de Sauvegarde et DICRIM</li> <li>✓ Programme d'action et de prévention contre les inondations</li> <li>✓ Dossier départemental des risques majeurs</li> <li>✓ PPMS</li> <li>✓ PPRN (Plan de prévention des risques naturels)</li> <li>✓ POI (plan d'opérations internes)</li> <li>✓ PPI (plan particulier d'intervention)</li> </ul>
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nombre d'exercices réalisés avec Retex ;</li> <li>✓ Nombre de documents de planification actualisés</li> </ul>

- ✓ nombre de professionnels et référents formés
- ✓ Nombre de signaux traités avec l'outil cartographique
- ✓ Nombre d'outils intersectoriels
- ✓ Nombre de Documents cadres produits sur « qui fait quoi »
- ✓ Taux de participation des usagers aux réunions
- ✓ Nombre d'exercices
- ✓ Nombre de référents
- ✓ Nombre de réunions avec l'ensemble des référents
- ✓ nombre d'établissements recensés / an dans le dispositif
- ✓ nombre de professionnels inscrits/effectif total de la région

Document soumis à consultation

## ⇒ Objectif opérationnel 1 : Former et outiller les acteurs en vue d'une meilleure gestion des urgences et des crises sanitaires

### Cibles prioritaires/

- Développer un outil cartographique numérisé de coordination des acteurs
- Former 10 professionnels de santé ou référents « gestion de crise » par EPCI

### Indicateurs de mesure

- Nombre d'exercices réalisés avec Retex ;
- Nombre de documents de planification actualisés
- Nombre de professionnels et référents formés
- Nombre de signaux traités avec l'outil cartographique

Plusieurs modalités de mise en œuvre ont été identifiées pour parvenir à cette finalité, la première portant sur l'observation à l'échelon communal : il s'agit de développer avec les communes un observatoire des personnes vulnérables face aux événements pouvant avoir un impact sanitaire. Toujours à cet échelon, le deuxième projet est de dispenser aux élus ainsi qu'aux personnels administratifs une formation sur le dispositif ORSAN, afin d'assurer une articulation sanitaire en gestion de crise depuis le niveau local. Les moyens logistiques locaux seront également confortés, afin de mieux faire face à l'urgence. Enfin, il s'agira de poursuivre et de structurer le partage d'informations avec la zone Antilles, la Dominique et Sint Marteen.

Ces projets structurants doivent permettre, à terme, de renforcer l'efficacité de la coordination entre les différents acteurs en cas de crise et lors de la gestion des urgences sanitaires. Par la formalisation et l'utilisation par les acteurs d'outils de coordination, nous parviendrons ainsi à améliorer notre réactivité collective.

## ⇒ Objectif opérationnel 2: Développer la prévention et la sensibilisation de la population et des acteurs locaux à la gestion des crises sanitaires

### Cibles prioritaires:

- Recenser l'ensemble des outils intersectoriels de prévention et en assurer la cohérence.
- Une réunion de sensibilisation des usagers par EPCI
- Au moins un exercice intersectoriel par an
- 50% des CPOM comportent un chapitre relatif à la gestion de crises
- 1 référent prévention/sensibilisation par EPCI et entreprise

### Indicateurs de mesure

- Nombre d'outils intersectoriels
- Nombre de Documents cadres produits sur « qui fait quoi »
- Taux de participation des usagers aux réunions
- Nombre d'exercices
- Nombre de référents
- Nombre de réunions avec l'ensemble des référents

Plusieurs dispositifs ont été développés, à la fois par l'ARS et par les collectivités, afin de prévenir les risques pouvant avoir un impact sur la santé : des formations ont par exemple été dispensées au CHU, et un Centre de Préparation aux Risques Sismiques (CPRS) ainsi qu'un Sismobus mis en place afin d'informer la population. La politique de prévention et de sensibilisation de la population et des acteurs locaux peut cependant encore gagner en cohérence et en efficacité. Cela passe notamment par l'harmonisation des méthodes de sensibilisation des acteurs locaux, pouvant permettre de développer des outils partagés. Un travail est également à mener sur l'articulation et la cohérence des actions, afin d'améliorer la lisibilité et la perception de ces actions de prévention.



Afin de parvenir à ces objectifs, les actions de communication et de sensibilisation auprès des professionnels, ainsi qu'auprès du grand public seront renforcées, en partenariat avec le SIDPC et les structures pilotes. Les outils et acteurs existants seront également mis en commun.

Ces projets doivent permettre d'établir une cartographie des acteurs, actions, outils et ressources mobilisés dans le champ de la prévention des risques, ainsi que de mettre à disposition les informations sur les ressources du territoire. Les besoins ainsi identifiés, ainsi que les territoires non couverts, feront l'objet d'outils ou d'actions spécifiques, à développer de manière concertée. Les acteurs locaux seront impliqués dans ce processus de recensement des actions, outils et ressources sur leurs territoires.

### ⇒ Objectif opérationnel 3 : Renforcer la coordination des interventions du champ sanitaire pour mieux structurer les réponses avant, pendant et après le phénomène

#### Cibles prioritaires:

- Une cartographie de l'offre capacitaire disponible ou mobilisable à chaque instant, pour chaque scénario
- Disposer d'un ROR utilisable pour la gestion de crise

#### Indicateurs de mesure

- Nombre d'établissements recensés / an dans le dispositif
- Nombre de professionnels inscrits/effectif total de la région

La coordination des interventions en amont est essentielle pour assurer une réactivité dans la prise de décision en cas d'épisode de crise sanitaire ou de catastrophe naturelle. L'ARS se met d'ores et déjà à disposition du préfet de région et du COD pour apporter des réponses aux questions sanitaires en cas de situation exceptionnelle ou de crise. Cependant, une meilleure coordination des interventions permettrait de mieux planifier la mobilisation des ressources et des personnels qualifiés du champ sanitaire, et ainsi d'apporter une réponse plus rapide en cas de besoin lié à la désorganisation des fonctionnements habituels.

Cette coordination se matérialisera, sur les cinq prochaines années, par le développement et la mise en service auprès des partenaires de nouveaux outils de veille et de partage automatisé d'informations de base. La gestion de crise sanitaire sera par ailleurs mieux articulée avec un dispositif d'adaptation rapide de l'offre de soins post-crise qui identifie les limites et ruptures capacitaires. Enfin, le lien avec la médecine de catastrophe et la réponse médico-psychologique sera également renforcé.

L'ambition derrière ces projets est d'améliorer la coordination des acteurs impliqués à la fois en amont d'une crise ou d'une situation sanitaire exceptionnelle, ainsi que pendant et après l'événement.

## Objectif 2 : Créer les conditions d'un environnement favorable à la santé

Qu'ils soient naturels, sanitaires ou environnementaux, les risques liés aux événements climatiques peuvent avoir des conséquences directes sur la qualité de vie sur l'archipel Guadeloupéen et les Iles du Nord. Les derniers événements climatiques, et notamment les crises qui ont déjà affecté ces territoires, ont démontré que les actions coordonnées de sensibilisation grand public sont nécessaires. De telles actions de sensibilisation aux différents risques menaçant la population permettent en effet de développer une culture du risque environnemental qui soit partagée par tous.

### Cibles prioritaires :

- Au moins une réunion de sensibilisation par risque et par EPCI
- Déclinaison régionale du Plan national Santé-Environnement 3 : L'amélioration de la qualité de l'air, la protection des ressources en eau, la réduction des phytosanitaires et la promotion de l'agriculture locale biologique, la promotion de la santé par l'encouragement des initiatives locales et l'amélioration de la gestion des déchets, la prévention des risques (vectoriel, habitat, bruit)
- Une mise en œuvre de 50% des fiches action de chaque partenaire du PSAGE
- A la place, mettre : réaliser au moins une étude pilote de lutte contre le moustique avec une nouvelle technique de lutte
- Faire approuver au moins 50% de plans type de lutte et de prévention par les EPCI

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	✓	Loi de transition énergétique pour la croissance verte
	✓	DDRM
	✓	Dicrim
	✓	Plan national chlordécone 3
	✓	RSI (règlement sanitaire international)
	✓	CGCT (dépenses obligatoires de lutte contre les moustiques)
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	✓	Indicateurs d'évaluation du PRSE 3
	✓	Evolution des capacités des réserves d'eau à l'échelle de la Guadeloupe et des îles de Saint-Martin et Saint-Barthélemy (en ciblant les établissements et services de santé notamment assurant une activité de dialyse)

## ⇒ Objectif opérationnel 1 : Sensibiliser le grand public aux risques environnementaux

### Cibles prioritaires:

- Au moins une réunion de sensibilisation par risque et par EPCI

### Indicateurs de mesure

- Nombre de réunions

Cette sensibilisation prendra la forme, sur les cinq prochaines années, d'une information de la population sur les risques de la consommation d'eau de source non potable n'une part, et de prévention des pollutions atmosphériques auprès des populations sensibles.

La population sera ainsi à terme plus sensibilisée aux risques environnementaux et aux moyens de les prévenir. Cet objectif opérationnel doit également permettre de mettre fin à l'utilisation des eaux de substitution, et de décliner régionalement, ainsi que de suivre, le Plan Régional Santé Environnement (PRSE) de 3<sup>e</sup> génération.

## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Renforcer les actions visant à réduire les impacts des facteurs environnementaux sur la santé

### Cibles prioritaires:

- Déclinaison régionale du Plan national Santé-Environnement 3 : amélioration de la qualité de l'air, la protection des ressources en eau, la réduction des phytosanitaires et la promotion de l'agriculture locale biologique, la promotion de la santé par l'encouragement des initiatives locales et l'amélioration de la gestion des déchets, la prévention des risques (vectoriel, habitat, bruit)

### Indicateurs de mesure

- Nombre d'actions de formations, d'informations de public cible
- Nombre de non conformités recensées
- % de réduction de phytopharmaceutiques
- Nombre d'alerte pollution/an
- Nombre de captages protégés

La promotion de la santé nécessite de mettre en place des conditions nécessaires pour que chacun puisse agir sur les déterminants de santé, et obtenir un cadre de vie favorable à la santé. L'implication des acteurs locaux mais également la mobilisation de nouveaux partenaires peuvent permettre, en ce sens, d'assurer une plus grande opérationnalité des plans dédiés à la réduction des impacts environnementaux sur la santé.

Deux projets seront mis en œuvre sur les cinq prochaines années : le troisième Plan national Santé-Environnement (PNSE) sera décliné au niveau régional et mis en œuvre, et l'action 6 du plan chlordécone sera amplifiée par la création de la maison Jafa et la mise en place des actions de prévention sur la consommation des produits de la pêche.

Ces projets doivent permettre de décliner régionalement le PNSE 3, mais aussi de sensibiliser les acteurs locaux et de mettre en place des actions de formation et d'information des publics cibles.

### ⇒ Objectif opérationnel 3 : Développer les actions de lutte anti vectorielle en liaison avec les nouvelles menaces et avec de nouveaux outils

#### Cibles

- Une mise en œuvre de 50% des fiches action de chaque partenaire du PSAGE
- A la place, mettre : réaliser au moins une étude pilote de lutte contre le moustique avec une nouvelle technique de lutte
- Faire approuver au moins 50% de plans type de lutte et de prévention par les EPCI

#### Indicateurs de mesure

- Nouveau PSAGE ; avancées du projet Moustique stérile
- Nombre de fiches action mise en œuvre
- Nombre de plans de lutte et de prévention approuvés en EPCI
- Nombre d'études pilote conduites

Les épisodes de maladies vectorielles, qu'ils soient récurrents ou émergents, touchent de façon particulière la Guadeloupe et les Iles du Nord. Si différents contextes et différentes approches doivent être envisagées pour lutter contre les espèces vectrices, toutes doivent néanmoins s'organiser selon des programmes coordonnés d'action, au sein même du territoire ou par le biais de partenariats extérieurs. La mobilisation de méthodes et d'actions diverses au sein d'un même cadre de lutte intégrée reste nécessaire pour mettre en place une lutte anti-vectorielle préventive.

Concrètement, cette lutte préventive se matérialisera par la mise en place d'un Programme de Surveillance, d'Alerte et de Gestion des Epidémies (PSAGE) émergences et d'un PSAGE épidémie, ainsi que par la mise en place d'une stratégie nouvelle de lutte contre les vecteurs.

L'objectif est de mobiliser davantage les collectivités, qui sont le premier échelon de proximité et qui sont responsables notamment de l'hygiène et de la salubrité, en application du règlement sanitaire départemental, ainsi que de mobiliser les populations. Ces actions doivent également parvenir à terme à l'établissement d'une stratégie globale d'intervention et de lutte contre les vecteurs.

## Objectifs déclinés pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy 2018-2023 et indicateurs

- **Renforcer la coordination des interventions du champ sanitaire pour mieux structurer les réponses avant, pendant et après le phénomène**
  - Voir l'Objectif 6 – Objectif opérationnel 2 de l'Orientation 3 du SRS.
- **Créer les conditions d'un environnement favorable à la santé dans les Iles du Nord (sensibiliser le grand public aux risques environnementaux)**
  - Indicateurs d'évaluation : Nombre des actions d'information et de sensibilisation sur les risques de la consommation d'eau des citernes, Nombre des actions d'information et de sensibilisation face aux effets des pollutions atmosphériques.
- **Développer les actions de lutte antivectorielle en liaison avec les nouvelles menaces et les nouveaux outils**
  - Travail avec les acteurs associatifs locaux (multilinguisme) et la partie hollandaise
  - Indicateurs d'évaluation : Elaboration et signature des plans territoriaux pluriannuels de lutte contre les maladies humaines transmises par les moustiques

## ORIENTATION 6 : ASSURER LE DEVELOPPEMENT D'UNE CULTURE DE DIALOGUE CITOYEN POUR RENFORCER LA DEMOCRATIE EN SANTE ET ACCOMPAGNER L'ENGAGEMENT DES HABITANTS EN FAVEUR DE LEUR SANTE

Les usagers ont un rôle important à jouer dans le système de santé, à la fois au niveau individuel en tant qu'acteurs de leur parcours de santé, et à un niveau plus macro, en tant qu'acteurs pouvant contribuer à la transformation et à la gouvernance du système de santé.

Ce rôle central de l'utilisateur est affirmé dans le COS, qui ambitionne de promouvoir les droits des usagers et leur action sur leur propre santé, et de développer les initiatives contribuant à renforcer la démocratie en santé (associations de patients, dispositif de « patient expert »). Ces objectifs, déclinés dans le SRS, doivent permettre de **donner les moyens à chaque citoyen de s'informer et d'utiliser les connaissances disponibles sur la santé afin de prendre des décisions éclairées en faveur de sa propre santé**. Ils doivent également permettre de mieux associer les usagers au fonctionnement et à la gouvernance du système de santé.

*Rappel des orientations définies dans le Cadre d'Orientation Stratégique :*

- **Placer l'utilisateur comme acteur central du système de santé** et contribuer au renforcement des associations de patients, acteurs de la transformation du système de santé
- **Mettre en place une véritable observation du respect des droits des usagers** afin de contribuer à l'évaluation de la pertinence des politiques de santé mises en œuvre
- **Promouvoir les droits des usagers et encourager la participation citoyenne** dans le champ de la santé sur les territoires (notamment en favorisant la formation des professionnels de santé)
- **Aider les habitants à devenir acteurs de leur propre santé** et développer les dispositifs de « patient pair » ou « patient expert »

Pour décliner ces orientations, deux objectifs sont définis sur les 5 années à venir :

- ▶ Le premier vise à placer l'utilisateur comme acteur central du système de santé et contribuer au renforcement des associations de patients et d'utilisateurs
- ▶ Le deuxième objectif a pour but d'accompagner les citoyens à être acteur de leur propre santé

## Objectif 1 : Placer l'utilisateur comme acteur central de notre système de santé et contribuer au renforcement des associations de patients et d'utilisateurs

La notion de démocratie en santé implique d'associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration ainsi que dans la mise en œuvre de la politique de santé. Par le développement de la concertation et du débat public, par la promotion des droits des usagers qu'ils soient individuels ou collectifs, ou encore par la participation des acteurs de santé, la démocratie en santé permet aux professionnels, élus et usagers de participer conjointement à la définition de la politique de santé. L'évaluation du précédent PRS a mis en évidence une prise en compte encore insuffisante de l'avis des usagers. Il s'agit donc avant tout de soutenir et renforcer les capacités des instances de démocratie sanitaire existantes, afin d'assurer une participation efficace au sein de ces instances.

### Cibles prioritaires :

- Au moins 1 (une) formation organisée dans l'année
- Communication de 100% des dossiers passés en commissions spécialisées et en CSA (site Internet...)
- 1 (un) forum de discussion organise par an
- Publication du rapport annuel des usagers
- Au moins (1) une rencontre annuelle des présidents de commissions
- Ateliers participatifs par grand sujet dans chaque EPCI (à mesurer, rythme), au moins 1 fois par an par territoire de CLS
- 1 (une) publication de brochure informative par an

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	✓	Stratégie Nationale de Santé
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	✓	Evolution du taux de participation des usagers aux instances et aux élections
	✓	Evolution de la participation des représentants d'utilisateurs dans les commissions de la CSA

## ⇒ Objectif opérationnel 1 : Renforcer la formation des représentants d'usagers et l'information des usagers

### Cibles prioritaires

- Au moins 1 (une) formation organisée dans l'année
- Communication de 100% des dossiers passés en commissions spécialisées et en CSA (site Internet...)

### Indicateurs de mesure

- Nombre de formations
- Nombre de publications
- Consultations du site de l'agence

Les instances de la démocratie sanitaire incluent la CSA et ses commissions spécialisées mais également les représentants des usagers désignés par les associations agréées au sein d'instances hospitalières ou de santé publique.

Les représentants d'usagers pourront bénéficier d'une formation et d'une information de qualité visant à favoriser leur participation et leur implication au sein des instances. Des conférences, débats publics et échanges de pratiques et d'expériences seront également développés sur l'ensemble du territoire, ainsi que des supports de communication à destination des usagers.

A terme, ces projets doivent assurer une plus grande participation et implication des représentants d'usagers dans les instances de démocratie en santé, mais également, plus généralement, une meilleure connaissance par la population de l'existence et du rôle des représentants d'usagers ainsi que du travail des instances de démocratie sanitaire.

## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Améliorer la prise en compte de la parole des représentants d'usagers au sein des instances de démocratie sanitaire

### Cibles prioritaires

- 1 (un) forum de discussion organisé par an
- Publication du rapport annuel des usagers
- Au moins (1) une rencontre annuelle des présidents de commissions

### Indicateurs de mesure

- Nombre de forums organisés
- Nombre de réunions de la CSDU
- Rapport annuel des usagers
- Conférence des présidents des commissions de la CSA

Les usagers peuvent participer, par l'intermédiaire de représentants dans les instances de santé publiques et hospitalières et dans les instances régionales de démocratie sanitaire, à l'élaboration de politiques publiques de santé et au fonctionnement des établissements de santé. Les représentants d'usagers ont ainsi pour mission de faire connaître les attentes des patients, et de proposer des orientations pour l'amélioration du système de santé. En cela, ce sont des acteurs essentiels pouvant participer à l'amélioration de l'accueil et de la qualité de la prise en charge. La prise de parole des représentants d'usagers peut cependant être encore améliorée, comme l'a démontré l'évaluation du précédent PRS. Quelques exemples en témoignent : les enquêtes annuelles sur le respect des droits des usagers restent encore peu exploitées, et la transversalité entre les travaux des commissions de la CSA n'a pas été suffisante. L'enjeu, dans le contexte actuel, est également d'assurer que la parole des usagers soit bien prise en compte au sein des nouveaux conseils territoriaux de santé.

Trois projets doivent contribuer à améliorer la prise en compte de la parole des usagers. Il s'agit en premier lieu de renforcer la présence des usagers sans mandat, ainsi que de renforcer la transversalité entre les différentes

commissions de la CSA. Enfin, des conventions seront signées avec les acteurs du territoire, permettant de faire remonter les préoccupations des usagers vers les instances de démocratie sanitaire.

In fine, cela doit permettre à l'information de mieux circuler entre les différentes commissions de la CSA, et de renforcer les travaux en commun des présidents de la CSA. Les rapports des commissions de la CSA seront également plus accessibles, et les supports de communication existants diffusés plus régulièrement.

### ⇒ Objectif opérationnel 3: Renforcer la participation des usagers dans le suivi-évaluation des politiques et actions mises en œuvre dans le champ de la santé

#### Cibles prioritaires

- Ateliers participatifs par grand sujet dans chaque EPCI (à mesurer, rythme), au moins 1 fois par an par territoire de CLS

#### Indicateurs de mesure

Mise en place d'ateliers participatifs sur les territoires des EPCI ayant signé un CLS

La participation citoyenne peut représenter un apport important pour l'évaluation des actions et politiques mises en œuvre, car elle permet d'identifier dans quelle mesure l'action en question répond aux attentes en termes de qualité de service, et de formuler des recommandations d'autant plus opérationnelles. Les démarches participatives permettent ainsi d'ouvrir la politique de santé à l'expérience d'usage des citoyens, qui reste à ce jour peu prise en compte, et de légitimer la démarche d'évaluation des politiques de santé. A terme, cela permet d'améliorer la qualité et la pertinence des politiques publiques.

Ces ambitions se concrétiseront dans les cinq ans par des évaluations régulières des actions du PRS, avec l'implication des usagers. La communication autour des résultats de ces méthodes sera également renforcée.

Les usagers seront de ce fait non seulement davantage impliqués dans le suivi et l'évaluation du PRS 2, mais la plus-value de cette implication sera également valorisée, démontrée et reconnue.

### ⇒ Objectif opérationnel 4 : Rendre accessible les travaux des instances de démocratie sanitaire existantes au tout public

#### Cibles prioritaires

- 1 (une) publication de brochure informative par an

#### Indicateurs de mesure

Nombre de publications par an (brochures, site Internet...)

Les instances de démocratie sanitaire gagneraient à être mieux reconnues et appropriées par le grand public, afin que celles-ci soient réellement utilisées comme un moyen de concertation et de participation aux décisions concernant les politiques de santé. Cela passe notamment par une communication large sur l'existence et le rôle de ces instances.

Les actions des commissions de la CSA et du CTS de St-Barthélemy et de St-Martin seront ainsi rendues plus accessibles au grand public, et la communication renforcée (site internet, brochures, participation des membres à des émissions tout public radio ou télévision...). Par ailleurs, des conférences-débat publics seront organisées



plus fréquemment, pour libérer la parole et faire participer les citoyens, afin de renforcer la concertation sur les projets relevant des domaines de la santé.

Ces actions doivent permettre d'augmenter la participation des citoyens aux débats publics dans le champ de la santé, et de rendre plus fréquents les conférences et débats publics dans le champ de la santé.

Document soumis à consultation

## Objectif 2 : Accompagner les citoyens à être acteur de leur propre santé

L'idée est de se servir des moyens mis à disposition par les collectivités territoriales ayant contractualisé avec l'agence dans le cadre du contrat local de santé afin de renforcer la communication et l'appropriation par la population des outils qui sont à leur disposition, mais aussi les outils de communication « grand public ».

L'information sur les comportements ou facteurs pouvant avoir un impact sur la santé est essentielle pour que les citoyens puissent être en mesure de faire des choix éclairés concernant leur santé.

Il s'agit de faire connaître les outils de planification des politiques de la santé mais aussi l'ensemble des dispositifs existant dans ce champ.

### Cibles prioritaires :

- 1 (une) campagne par an par thématique
- 1 (une) plateforme collaborative
- 1 (une) application smartphone informative
- 1 (un) sondage d'opinion
- 1 (une) participation au moins aux instances des EPCI et communes ayant contractualisé avec l'agence
- 1 (une) participation au moins à des manifestations des EPCI et communes ayant contractualisé avec l'agence
- 1 (un) RETEX (retour d'expérience)

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	✓	Stratégie Nationale de Santé
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	✓	Etudes et sondages à mener : indicateurs à définir
	✓	Evolution du nombre de communes impliquées dans le portage et la mise en œuvre de Contrats Locaux de Santé impliquant les citoyens
	✓	Evolution du nombre de projets portés par des associations d'habitants / conseils citoyens (co)financés par l'ARS dans le champ de la santé

### ⇒ Objectif opérationnel 1 : Tabler sur une communication multi publics et multi langues visant à mieux informer et sensibiliser les citoyens aux enjeux de santé

#### Cibles prioritaires:

- 1 (une) campagne par an par thématique
- 1 (une) plateforme collaborative
- 1 (une) application smartphone informative
- 1 (un) sondage d'opinion

#### Indicateurs de mesure

Nombre de publications relayées  
 Nombre d'actions de prévention mises en place  
 Sondages

Les campagnes de communication et d'information diffusées notamment par le biais des médias grand public, et menées sur l'ensemble du territoire, sont un moyen efficace de toucher un large public. Du point de vue des professionnels, cependant, l'information et la communication autour des questions de santé ne sont pas assez développées en Guadeloupe et dans les Ile-du-Nord. Par ailleurs, ces actions ne seront réellement appropriées que si elles comportent un message adapté aux différents publics-cibles, et si elles sont relayées localement. La transmission de messages dans les différentes langues parlées localement par la population est également indispensable pour permettre de toucher l'ensemble de la population.

Sur les cinq prochaines années, la communication grand public autour du PRS et des interventions de l'ARS seront donc renforcées, de même que la vulgarisation des études menées dans le champ de la santé. Des relais de proximité seront également développés pour diffuser l'information au plus près des populations cibles. Enfin, les médias seront mobilisés, pour assurer une communication grand public régulière sur les questions de santé.

Par le biais de ces actions, les connaissances dans le champ de la santé pourront être mieux diffusées, et le PRS davantage connu du grand public. L'efficacité et l'impact des messages de prévention seront également améliorés.

## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Encourager la participation citoyenne dans le champ de la santé sur les territoires

### Cibles prioritaires:

- 1 (une) participation au moins aux instances des EPCI et communes ayant contractualisé avec l'agence
- 1 (une) participation au moins à des manifestations des EPCI et communes ayant contractualisé avec l'agence
- 1 (un) RETEX (retour d'expérience)

### Indicateurs de mesure

Rencontre avec les collectivités (EPCI et communes)  
RETEX

La participation citoyenne dans les politiques de santé reste encore peu développée, malgré l'existence de politiques œuvrant à favoriser cette participation. Cela s'explique notamment par une appropriation encore faible des notions de promotion de la santé et de participation citoyenne, notamment de la part des élus locaux. Cette appropriation doit donc être encouragée, auprès de l'ensemble des parties prenantes, citoyens, élus et professionnels de santé, notamment par la valorisation des initiatives existantes permettant de mettre en valeur le rôle que peuvent jouer les citoyens, et ainsi d'encourager leur participation dans les politiques de santé. La relation usager/partenaire gagnerait également à être redéfinie, afin de parvenir à une gouvernance de la santé plus transversale et proche des patients. L'intégration d'une culture de décision partagée, entre soignants et patients ou leurs représentants, contribue à encourager les individus à devenir acteurs de leur santé.

Cela se matérialise notamment par la mobilisation des collectivités territoriales, afin d'appuyer le développement d'initiatives citoyennes dans le champ de la santé. Des espaces dédiés d'expression des préoccupations des populations (en proximité, dans les entreprises, maisons de quartiers, conseils citoyens, maisons de prévention) seront également développés. Il s'agira, enfin, de valoriser les actions et les dispositifs favorisant la promotion de la santé.

Par le biais de ces projets, les citoyens pourront être plus impliqués dans les espaces de démocratie en santé. L'objectif est également que les acteurs locaux intègrent davantage la participation des citoyens dans l'élaboration et la mise en œuvre des actions en santé.



## Objectifs déclinés pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy 2018-2023 et indicateurs

- **Améliorer la prise en compte de la parole des représentants d'usagers au sein des instances de démocratie sanitaire et Renforcer la participation des usagers dans le suivi – évaluation des politiques et actions mises en œuvre dans le champ de la santé**
  - *Indicateurs d'évaluation : Nombre de réunions de la Commission de la formation spécifique organisant l'expression des usagers du CTS et délibération du CTS sur les actions retenues par la commission.*
- **Mettre en place une consultation des leaders d'opinion sur Saint-Martin et Saint-Barthélemy en vue de la mise en œuvre d'actions de communication en vue de mieux informer et sensibiliser les citoyens et encourager leur participation dans le cadre des enjeux de santé**
  - *Indicateurs d'évaluation : Date et nombre des réunions organisées dans chacune des collectivités.*

Document soumis à consultation

## ORIENTATION 7 : RENFORCER LA COOPERATION REGIONALE CARIBEENNE

Relever les défis communs à l'ensemble des territoires du bassin de la Caraïbe et renforcer le développement de la coopération en matière de santé est une ambition durable des ARS Françaises présentes dans la zone Antilles, Caraïbes et Guyane. Pour ce faire, les ARS doivent s'appuyer d'abord sur l'obligation législative comprise dans l'article 2 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 indiquant que chaque projet régional de santé devra centrer les actions de coopération sanitaire dans la zone Antilles autour de priorités affichées, d'objectifs communs et de moyens mutualisés ou mieux coordonnés.

Les Agences régionales de santé d'Antilles et Guyane contribuent au financement de de la PAHO (ou Pan-American Health Organization ; Organisation panaméricaine de santé) par le biais d'une enveloppe biannuelle, s'élevant pour l'année 2018-2019 à 300 000 \$. Mais au-delà de cette implication financière appuyant la participation des ARS de Guadeloupe et Martinique aux réunions de coopérations en matière de santé regroupant les Etats de la Caraïbes, l'ARS de Guadeloupe est concernée par un certain nombre d'accords déjà conclus (tels que celui permettant l'accueil des patients d'autres îles notamment en cas d'urgence ; celui du 3 avril 2012 avec les îles de Saba et St Eustache ; de l'accord avec les CHU-Montserrat pour la prise en charge d'urgences vitales) ou bien en réflexion (comme le sont les projet d'accord avec le gouvernement de la Dominique ; ou la déclaration d'intention avec le gouvernement de Sint Maarten pour le projet de reconstruction du medical center).

Ainsi, une stratégie de coopération sanitaire unique permettra de rendre la coopération des ARS de Guadeloupe et de Martinique plus visible pour les partenaires dans la région et d'améliorer l'efficacité au service des populations.

*Rappel des orientations définies dans le Cadre d'Orientation Stratégique :*

- Elaborer et mettre en œuvre un programme de coopération en santé entre les 3 DFA
- Elaborer et mettre en œuvre un parcours de santé du patient caribéen

Pour décliner ces orientations, deux objectifs sont définis sur les 5 années à venir :

- ▶ Assurer la structuration d'une stratégie de coopération interrégionale en santé à l'échelle de la Caraïbe
- ▶ Développer les filières de soins à l'échelle interrégionale et internationale

### Objectif 1 : Assurer la structuration d'une stratégie de coopération interrégionale en santé à l'échelle de la Caraïbe

A ce jour, des espaces de travail et de coopération existent à l'échelle caribéenne impliquant fortement l'ARS de Guadeloupe et de Saint Martin.

Néanmoins, l'absence d'une structuration de la relation et d'une stratégie partagée par l'ensemble des acteurs de la coopération en santé ne facilite pas la connaissance sur les pays de la zone Caraïbe ou bien encore la visibilité sur les actions et projets développés sur les territoires. Une véritable réflexion doit être entamée en ce sens.

### **Cibles prioritaires :**

- Avoir 1 COFIL caribéen
- Réunions du CARPHA en 2018 (l'ARS Guadeloupe préside pour un an)
- 1 cartographie pour les partenaires
- 1 plateforme d'échanges

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	✓	Programme INTERREG V
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	✓	Nombre de réunions COFIL interrégional de la coopération ; création du GCS coopération régionale
	✓	Nombre d'actions réunissant des acteurs de santé des DFA et des pays de la Caraïbe

## ⇒ Objectif opérationnel 1 : Organiser la gouvernance de la coopération régionale

### **Cibles prioritaires**

- Avoir 1 COFIL

### **Indicateurs de mesure**

- Date de création du COFIL et nombre de réunions annuelles

La définition et l'animation d'une gouvernance interrégionale dédiée à la coopération devrait permettre de renforcer les dynamiques et les actions partagées, au moins au niveau de la zone Antilles.

L'objectif est donc de centrer les actions de coopération en santé dans la zone Antilles autour de priorités affichées, d'objectifs communs et de moyens mutualisés ou mieux coordonnés. Une stratégie de coopération sanitaire unique permettra de rendre cette coopération plus visible pour les partenaires des deux ARS dans la région et d'améliorer son efficacité au service des populations.

Dans le cadre du schéma régional de santé, il s'agira d'ici 2023 de mettre en place et de réunir de manière régulière un comité de pilotage consacré à la coopération régionale. L'instauration de cette instance stratégique de décision devra également être accompagnée de la création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) entièrement dédié à la coopération régionale.

La création de ces nouveaux outils d'encadrement et de décision permettra le déploiement d'une stratégie de coopération interrégionale structurée et suivie, s'appuyant sur une gouvernance nouvelle propre à dynamiser et consolider les relations et faire émerger les réflexions collectives à l'échelle de la Caraïbe.

## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Renforcer l'échange et le partage de connaissances à l'échelle caribéenne

### Cibles prioritaires

- Réunions du CARPHA en 2018 (ARS Guadeloupe préside pour un an)
- 1 cartographie pour les partenaires
- 1 plateforme d'échanges

### Indicateurs de mesure

- Nombre de réunions CARPHA en 2018
- Existence d'une cartographie partenaires
- Existence d'une plateforme d'échanges

La mise en place de nouvelles instances de pilotage et de suivi stratégique de coopération entend inscrire les départements français d'Amérique (DFA) dans l'environnement de coopération caribéenne en matière de santé, et ce au travers deux volets d'action. Le premier concernant l'observation ; le second, consacré aux formations communes et partage d'informations.

En effet, il s'agira de développer et coordonner les activités d'observation et de recherche en santé à l'échelle interrégionale. Ces travaux devront également s'accompagner d'une augmentation des coopérations internationales en matière de veille sanitaire. Par ailleurs, et au-delà des activités de veille et d'observation, un accent sera mis sur la mise en place d'outils permettant de développer les formations initiales et continues communes, corollaire d'un partage des connaissances dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé pertinent.

De ces mutualisations, il est attendu que le SRS puisse d'ici 2023 être le cadre des réflexions et actions facilitant le développement des synergies entre acteurs de la Caraïbe dans le champ de la recherche et de la veille sanitaire.

## Objectif 2 : Développer les filières de soins à l'échelle interrégionale et internationale

### Cibles prioritaires

- Identifier au moins 5 filières de soins ouvertes aux Caraïbéens

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	✓	Programme INTERREG V
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	✓	Nombre de patients Caraïbéens pris en charge dans les établissements et services de santé de Guadeloupe et de Martinique

### ⇒ Objectif opérationnel 1 : Elaborer et mettre en œuvre un parcours de soin du patient caraïbéen

#### Cibles prioritaires

- Identifier au moins 5 filières de soins ouvertes aux Caraïbéens

#### Indicateurs de mesure

- Nombre de filières de soins ouvertes aux Caraïbéens

L'objectif commun poursuivi par les Agences Régionales de Santé de Guadeloupe et Martinique vise à faire profiter le bassin de la Caraïbe du savoir-faire et la qualité du système de soins français.

Dans un contexte où l'absence et la nécessité d'offres de soins y représentent une opportunité de développement à saisir, il s'agira pour l'Agence de santé de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy de participer au renforcement l'attractivité du système de santé pour les patients étrangers en proposant un niveau de qualité des soins et un savoir-faire médical reconnu à l'international. Cette ambition pourra être concrétisée par la structuration d'un parcours de soin du patient caraïbéen qui apportera une valeur ajoutée à cette structuration interrégionale pour les professionnels de santé de Guadeloupe, de Saint-Martin et Saint-Barthélemy, et par conséquent, de construire un modèle économique maîtrisé, durable et soutenable, tenant compte des différentes dimensions du parcours (transport, hébergement, finance, droits).

Pour ce faire, l'ARS de Guadeloupe dans le cadre du schéma régional de santé 2018-2023 devra mettre en place une plate-forme de coopération (plateforme C.A.R.E.S (*Coopération, Accessibilité, Référencement, E-Santé*)), tout en développant des accords de coopération avec les pays voisins. Enfin, il s'agira aussi de favoriser le développement de la télémédecine en faveur de la coopération avec les autres TFA et pays de la Caraïbe.

Il est attendu de ces innovations qu'elles offrent une meilleure visibilité des flux de patients étrangers dans les établissements de santé Guadeloupéens et des Saint Martinois, mais également accroissent la visibilité, pour tous les pays de la zone Caraïbe, des offres de soins disponibles en Martinique / Guadeloupe / Saint-Martin / Saint-Barthélemy et apportent la bonne information quant aux moyens d'y accéder. Enfin, d'ici 2023, les résultats se mesureront également à l'effectivité de la mise en place d'un cadre financier sécurisé pour l'admission de patients étrangers.





## Objectifs déclinés pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy 2018-2023 et indicateurs

- Inclure Saint-Martin et Saint-Barthélemy dans la structuration d'une stratégie de coopération interrégionale en santé (dont les filières de soins) à l'échelle de la Caraïbe
  - *Indicateurs d'évaluation : Indicateurs du SRS.*

Document soumis à consultation

# ANNEXES

Document soumis à consultation

# ANNEXE 1 – OBJECTIFS D'EVOLUTION DE L'OFFRE

Document soumis à consultation

La zone de compétence de l'Agence de santé comprend la Région Guadeloupe (Guadeloupe, Marie-Galante, Les Saintes, La Désirade ainsi que les Collectivités d'Outre-Mer Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Cette zone est découpée en deux territoires de santé : Territoire Guadeloupe ; Territoire Iles du Nord.

Ce découpage ne doit pas constituer un frein aux opérations de coopération entre les professionnels, établissements ou structures de chaque territoire, la mise en place des actions de coopération innovantes doit englober l'intégralité de la zone de compétence de l'Agence. Par exemple la mise en place d'équipes territoriales notamment pour la filière mère enfant ou cardiologique couvrira la Guadeloupe et les Iles du Nord. De même des coopérations pour certaines activités de santé mentale pourront concerner ces deux territoires.

Cette approche globale de la Guadeloupe devrait favoriser le déploiement des parcours de soins entre les acteurs de ce territoire ainsi que la mise en place de pôle de santé inter établissement. Néanmoins, lors de la publication des fenêtres pour octroi des autorisations d'activités, les zones géographiques prioritaires seront précisées

En ce qui concerne le secteur ambulatoire, l'initiative est laissée dans un premier temps aux acteurs de terrain, notamment pour la constitution des Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en tenant compte qu'il ne peut y avoir plus d'une CPTS ou MSP par commune. Une CPTS peut en fonction de la pathologie ou la spécialité couvrir l'ensemble du territoire, une ou plusieurs communes voire un EPCI. Ces communautés qui seront amenées à conclure un CPOM avec l'ARS sur des objectifs d'amélioration de l'état de santé de la population en conduisant notamment des actions de prévention et d'éducation thérapeutique du patient.

Au vu des incidents vécus ces derniers mois, l'une des priorités seront le renforcement des coopérations entre professionnels et entre institutions. Développement des équipes territoriales, renforcement des équipements afin de pouvoir accueillir des professionnels en plusieurs lieux du territoire en cas de crise, accroissement des modes d'exercices regroupés, coordonnés autour du patient. L'innovation organisationnelle doit contribuer à améliorer les réponses apportées à la population.

**Territoire Guadeloupe :**

Document soumis à consultation

ACTIVITE	INDICATEUR	MODALITE ou/et FORME	IMPLANTATIONS		
			Existant	SRS	Solde
Médecine	Implantation	Hospitalisation complète Hospitalisation partielle	9 6	9 7	0 1
	Implantation	Hospitalisation à Domicile	8	8	0
Chirurgie	Implantation	Hospitalisation complète (Anesthésie Chirurgie Ambulatoire)	4 5	4 5	0 0
Gynécologie obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Implantation	GO en Hospitalisation complète (GO en Hospitalisation partielle)	4 1	4 1	0 0
	Implantation	GO en Hospitalisation à Domicile			
	Implantation	Néonatalogie sans soins intensifs en Hospitalisation complète	2	2	0
	Implantation	Néonatalogie avec soins intensifs en Hospitalisation complète	2	2	0
	Implantation	Réanimation néonatale en Hospitalisation complète	2	2	0
	Implantation	Centre Périnatal de Proximité	1	1	
	Psychiatrie	Implantation	<b>Adulte</b> : Générale Hospitalisation complète et partielle de jour Appartement thérapeutique Placement familial	3	3
	Implantation	<b>Infanto juvénile</b> : Placement familial, Hospitalisation partielle de jour	1		
		En milieu pénitentiaire (0)			
Traitement des grands brûlés	Implantation	Adulte / Pédiatrique Hospitalisation complète	1	SIOS 1 (Gpe)	
Greffe d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques	Implantation	greffe de Rein Adulte (greffe de Rein pédiatrique)	1 (0)	SIOS 1 (Gpe)	
	Implantation	Foie, intestin, cœur, poumon, cellules hématopoïétiques allogreffe			
Neurochirurgie	Implantation		1	SIOS 1 (Gpe)	
Chirurgie cardiaque	Implantation	Adulte / Pédiatrique Hospitalisation complète		SIOS 1 (Martinique)	
Activité interventionnelles sous imagerie médicale, par voie en neuroradiologie	Implantation			SIOS 1 (Martinique)	
Médecine d'urgence	Implantation	SAMU	1	1	0
	Implantation	SMUR	2	2	0
	Implantation	SU SU pédiatrique	3 1	3 1	0 0
	Implantation	SMURP			
	Implantation	SMUR Antenne	0	1	1
Réanimation	Implantation	Adulte	2	2	0
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Implantation	Hémodialyse en centre pour adultes	4	4	0
	Implantation	Hémodialyse en centre pour enfants			
	Implantation	Hémodialyse en unité médicalisée	3	3	0
	Implantation	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple	1	1	0

	Implantation	Hémodialyse en unité d'autodialyse assistée	3	3	0
	Implantation	Hémodialyse à domicile	1	1	0
	Implantation	Dialyse péritonéale à domicile	1	1	0
	Implantation	Unité de dialyse saisonnière	1	1	0
<b>Activités cliniques et biologiques d'assistance à la procréation et activités de diagnostic prénatal</b>	Implantation	AMP clinique : prélèv. ovocytes pour AMP AMP clinique : prélèv. spermatozoïdes AMP clinique : prélèv. ovocytes pour don AMP clinique : transfert des embryons AMP Bio : recueil prépa. dispo. Sperme AMP Bio : prépa. dispo. ovocytes don AMPBio : conserv embryons en vue d'un projet parental AMPBio : Conserv usage autologue gamètes & tissus germinx AMP Bio : activité FIV avec ou sans micromanipulation	1		
		DPN Génétique moléculaire DPN Biochimie et marqueurs sérique	1	2	-1
	Implantation	AMP Bio : prépa, conservation sperme pour insémination	2	1	+1
	Implantation	AMP Bio Conservation embryons en vue de leur accueil AMP clinique : mise en œuvre de l'accueil des embryons DPN : analyse d'immunologie DPN : analyse d'hématologie DPN : analyse en vue du diagnostic de maladies infectieuses DPN : analyse de cytogénétiques y compris cytogénétique moléculaires			
<b>Traitement des cancers</b>	Implantation	Médecine nucléaire (utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées)	1	1	0
	Implantation	Radiothérapie externe	1	1	0
	Implantation	Chimiothérapie ou autre traitement spécifique du cancer (forme non précisée) (forme possible : HC, partielle, HAD)	4	4	0
	Implantation	Chirurgie des cancers : urologie	2	2	0
	Implantation	Chirurgie des cancers : digestive	3	2	0
	Implantation	Chirurgie des cancers : mammaire	3	3	0
	Implantation	Chirurgie des cancers : gynécologie	3	3	0
	Implantation	Chirurgie des cancers : ORL et maxilo-faciale	2	2	0
	Implantation	Chirurgie des cancers : thoracique	1	0	1
		Radiothérapie métabolique (Sources non scellées)	1	0	+1
		Radiothérapie externe dérogatoire éloignement géographique			
	Implantation	Curithérapie			
	Implantation	Chirurgie des cancers hors soumis à seuils			
	<b>Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne à des fins génétiques ou médicales</b>	Implantation	analyse de cytogénétiques y compris cytogénétique moléculaires analyse de génétique moléculaire	0	1
<b>SSR polyvalent</b>	Implantation	Adulte Hospitalisation complète Adulte hospitalisation partielle	16 10	16 10	0 0
	Implantation	HAD			

	Implantation	Enfant (0-5ans) Juvénile (6-17ans) Pédiatrie (âge non différencié)	0	1	-1
<b>SSR appareil locomoteur</b>	Implantation	Adulte Hospitalisation complète (Adulte hospitalisation partielle)	4 4	4 4	0 0
<b>SSR système nerveux</b>	Implantation	Adulte Hospitalisation complète (Adulte hospitalisation partielle)	4 4	5 5	1 1
<b>SSR cardio-vasculaire</b>	Implantation	Adulte Hospitalisation complète (Adulte hospitalisation partielle)	1 1	1 1	0 0
<b>SSR affections onco-hématologiques</b>	Implantation	Adulte Hospitalisation complète (Adulte hospitalisation partielle)		1	
<b>SSR affections respiratoires</b>	Implantation	Adulte Hospitalisation complète (Adulte hospitalisation partielle)		0	
<b>SSR digestif, métabolique, endocrinien</b>	Implantation	Adulte Hospitalisation complète (Adulte hospitalisation partielle)	5 1	5 5	0 4
<b>SSR conduites addictives</b>	Implantation	Hospitalisation complète Hospitalisation de jour	1 0	1 1	0 1
<b>SSR personnes âgées, polyopathologiques, dépendantes</b>	Implantation	Hospitalisation complète Hospitalisation de jour	8 5	8 8	0 0
<b>SSR affections des brûlés</b>	Implantation	Hospitalisation complète Hospitalisation de jour		0	



EQUIPEMENT MATERIEL LOURD	INDICATEUR	TYPE	IMPLANTATIONS		
			Existant sur ce territoire	Prévu PRS	Solde
Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émission, caméra à positons	Nombre d'appareil	Caméra à scintillation sans détecteurs d'émission de positons	2	3	1
Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émission, caméra à positons	Nombre d'appareil	Tomographe à émission de positon	1	2	1
Scanographe à utilisation médicale	Nombre d'appareil		5	6	1
Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonnance magnétique nucléaire à utilisation clinique	Nombre d'appareil		3	3	0
Caisson hyperbare	Nombre d'appareil		1	1	0
Cyclotron à utilisation médicale	Nombre d'appareil		0	0	
Plateau d'Imagerie Mutualisé (PIM)	Nombre de PIM	Structure de coopération	0	1	1
Equipes médicales de territoire	Nombre d'équipes	FMIH, convention, etc.	0	5	5

**Territoire Iles du Nord :**

Document soumis à consultation

ACTIVITE	INDICATEUR	MODALITE ou/ FORME	IMPLANTATIONS		
			Existant sur ce territoire	Prévu PRS	Solde
Médecine	Implantation	Hospitalisation complète (Hospitalisation partielle)	2 1	2 2	0 1
	Implantation	Anesthésie ambulatoire			
	Implantation	Hospitalisation à Domicile	1	1	0
Chirurgie	Implantation	Hospitalisation complète (Anesthésie Chirurgie Ambulatoire)	1 1	1 1	0 0
Gynécologie obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Implantation	GO en Hospitalisation complète (GO en Hospitalisation partielle)	1 (0)	1	0
	Implantation	GO en Hospitalisation à Domicile			
	Implantation	Néonatalogie sans soins intensifs en Hospitalisation complète	1	1	0
	Implantation	Néonatalogie avec soins intensifs en Hospitalisation complète			
	Implantation	Réanimation néonatale en Hospitalisation complète			
	Implantation	Centre Périnatal de Proximité			
Psychiatrie	Implantation	<b>Adulte</b> : Générale Hospitalisation complète (partielle de jour, Appartement thérapeutique Placement familial)	1(0)	1	0
	Implantation	<b>Infanto juvénile</b> : Placement familial, Hospitalisation partielle de jour			
		En milieu pénitentiaire (0)			
Soins de longue durée	Implantation	Hospitalisation complète			
Activité interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	Implantation	Actes électrophysiologiques de rythmologie Actes électrophysiologiques de cardiologie			
Traitement des grands brûlés	Implantation	Adulte / Pédiatrique Hospitalisation complète		SIOS 1 (Gpe)	
Greffe d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques	Implantation	greffe de Rein Adulte (greffe de Rein pédiatrique)		SIOS 1 (Gpe)	
	Implantation	Foie, intestin, cœur, poumon, cellules hématopoïétiques allogreffe			
Neurochirurgie	Implantation			SIOS 1 (Gpe)	
Chirurgie cardiaque	Implantation	Adulte / Pédiatrique Hospitalisation complète		SIOS 1 (Martinique)	
Activité interventionnelles sous imagerie médicale, par voie en neuroradiologie	Implantation			SIOS 1 (Martinique)	
Médecine d'urgence	Implantation	SAMU			
	Implantation	SMUR	1	1	0
	Implantation	SU	2	1	+1 Antenne Bruyn
	Implantation	SMURP			
	Implantation	SMUR Antenne	1	1	0

<b>Réanimation</b>	Implantation	Adulte				
<b>Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale</b>	Implantation	Hémodialyse en centre pour adultes				
	Implantation	Hémodialyse en centre pour enfants				
	Implantation	Hémodialyse en unité médicalisée	1	1	0	
	Implantation	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple				
	Implantation	Hémodialyse en unité d'autodialyse assistée	1	1	0	
	Implantation	Hémodialyse à domicile				
	Implantation	Dialyse péritonéale à domicile				
	Implantation	Unité de dialyse saisonnière				
	<b>Activités cliniques et biologiques d'assistance à la procréation et activités de diagnostic prénatal</b>	Implantation				
<b>Traitement des cancers</b>	Implantation	Médecine nucléaire (utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées)				
	Implantation	Radiothérapie externe				
	Implantation	Chimiothérapie ou autre traitement spécifique du cancer (forme non précisée) (forme possible : HC, partielle, HAD)	0	1	1	
	Implantation	Chirurgie des cancers : urologie				
	Implantation	Chirurgie des cancers : digestive				
	Implantation	Chirurgie des cancers : mammaire				
	Implantation	Chirurgie des cancers : gynécologie				
	Implantation	Chirurgie des cancers : ORL et maxilo-faciale				
	Implantation	Chirurgie des cancers : thoracique				
			Radiothérapie métabolique (Sources non scellées)			
			Radiothérapie externe dérogatoire éloignement géographique			
	Implantation	Curithérapie				
	Implantation	Chirurgie des cancers hors soumis à seuils				
<b>Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne à des fins génétiques ou médicales</b>	Implantation	analyse de cytogénétiques y compris cytogénétique moléculaires analyse de génétique moléculaire				
<b>SSR polyvalent</b>	Implantation	Adulte Hospitalisation complète (Adulte hospitalisation partielle)	2 1	2 2	0 1	
	Implantation	HAD				
	Implantation	Enfant (0-5ans) Juvénile (6-17ans) Pédiatrie (âge non différencié)				
<b>SSR appareil locomoteur</b>	Implantation	Adulte Hospitalisation complète (Adulte hospitalisation partielle)				
<b>SSR système nerveux</b>	Implantation	Adulte Hospitalisation complète (Adulte hospitalisation partielle)				
<b>SSR cardio-vasculaire</b>	Implantation	Adulte Hospitalisation complète (Adulte hospitalisation partielle)				
<b>SSR affections onco-hématologiques</b>	Implantation	Adulte Hospitalisation complète (Adulte hospitalisation partielle)				
<b>SSR affections respiratoires</b>	Implantation	Adulte Hospitalisation complète (Adulte hospitalisation partielle)				

<b>SSR digestif, métabolique, endocrinien</b>	Implantation	Adulte Hospitalisation complète (Adulte hospitalisation partielle)			
<b>SSR conduites addictives</b>	Implantation	Hospitalisation complète Hospitalisation de jour			
<b>SSR personnes âgées, polypathologiques, dépendantes</b>	Implantation	Hospitalisation complète Hospitalisation de jour			
<b>SSR affections des brûlés</b>	Implantation	Hospitalisation complète Hospitalisation de jour			

Document soumis à consultation

EQUIPEMENT MATERIEL LOURD	INDICATEUR	TYPE	IMPLANTATIONS		
			Existant sur ce territoire	Prévu PRS	Solde
Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émission, caméra à positons	Nombre d'appareil				
Scanographe à utilisation médicale	Nombre d'appareil		2	2	0
Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	Nombre d'appareil		1	1	0
Caisson hyperbare	Nombre d'appareil				
Cyclotron à utilisation médicale	Nombre d'appareil				

# ANNEXE 2– FICHES PROGRAMME

Document soumis à consultation

## ORIENTATION 1 : DEVELOPPER UNE OFFRE DE SANTE TOURNEE VERS LA PROMOTION DE LA SANTE INCLUANT LA PREVENTION

### Objectif 1 : Mettre en place une organisation pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé basée sur la promotion de la santé et la prévention

#### ⇒ Objectif opérationnel 1 : Décloisonner et développer l'intersectorialité

Finalité
Il s'agit ici d'inciter et soutenir les dynamiques territoriales en santé publique et de renforcer l'articulation et la complémentarité entre les différentes politiques publiques (partenaires : Etat, Collectivités, Assurance Maladie, usagers, et opérateurs) en particulier pour la mise en œuvre des actions destinées aux publics vulnérables.
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Définir un ou des axes prioritaires et renforcer les actions de plaidoyer auprès des décideurs (autorités de l'Etat, élus, responsables communautaires, ...) et auprès des médias</li> <li>▶ Projet 2 : Soutenir l'engagement des acteurs via les démarches de contractualisation à l'échelle régionale et locale (contrats locaux de santé, CLS – contrats de ville)</li> <li>▶ Projet 3 : Associer, coordonner et obtenir que chaque politique publique évalue les impacts sur la santé de ses programmes et plans d'action</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Diffusion d'une culture de promotion de la santé à plusieurs niveaux de politiques publiques : acteurs ayant signifié leur engagement, chantiers mis en œuvre</li> <li>→ Augmentation du nombre de contrats d'engagement de l'ARS et de ses partenaires dans le champ de la santé (CLS, CLSM, conventions de partenariat)</li> <li>→ Une meilleure prise en compte de la santé dans les politiques publiques locales</li> <li>→ Mise en place des actions du PRSE3</li> </ul>
▶ <b>Projet 1 : Définir un ou des axes prioritaires et renforcer les actions de plaidoyer auprès des décideurs (autorités de l'Etat, élus, responsables communautaires..) et auprès des média</b>
Description
<p>L'action des décideurs et des média peut avoir un impact important sur la santé des citoyens, par l'effet de leurs politiques locales et les messages qu'ils diffusent sur les déterminants de santé. La mise en place d'un plaidoyer auprès de tous les décideurs, qui peut se baser sur l'exemple de l'Evaluation d'Impact en Santé (EIS), favoriserait davantage leur investissement dans le champ de la santé.</p> <p>Cela prendra la forme de réunions de sensibilisation, portera sur la mise à disposition d'outils ou l'adoption de pratiques favorables, de modèles d'actions de promotion de la santé (par exemple sensibilisation et accompagnement des propriétaires de roulottes installées à proximité des établissements scolaires vers la diversification des produits vendus aux jeunes (plus de fruits, au moins un plat équilibré pour autoriser le choix, création d'un label pour ces roulottes ou de la mise en place d'environnements sécurisés pour développer la mobilité active dans la ville...)</p> <p>Il s'agit aussi de plaider en faveur d'une révision de l'aménagement urbain pour offrir des voies de circulation pour les énergies douces (piétons, cyclistes); les plantations pourraient éviter l'emploi de végétaux</p>



allergisants, les règles d'urbanisme pourraient prévoir des toitures à pente à la place des toitures terrasses pour éviter les proliférations de moustiques (labellisation ville sante OMS) etc...	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préfet et décideurs des services et opérateurs de l'Etat</li> <li>• Elus des collectivités et leurs opérateurs (Office de l'eau, CNFPT...)</li> <li>• Autres décideurs de politiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population générale</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffusion d'outils et de supports de sensibilisation (films, outils de communication, etc.)</li> <li>• Nombre de réunions de sensibilisation auprès d'élus locaux</li> <li>• Nombre de collectivités s'étant engagées dans des chantiers de promotion de la santé</li> <li>• Nombre de communes adhérentes au réseau des villes santé OMS</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 2 : Soutenir l'engagement des acteurs via les démarches de contractualisation à l'échelle régionale et locale (contrats locaux de santé, CLS – contrats de ville, actions du PRSE 3)</b></p>	
Description	
<p>Il s'agit d'acter l'engagement des acteurs à agir en faveur de la santé, au niveau local ainsi que régional. Plusieurs leviers continueront à être activés pour contractualiser ces engagements :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contrats locaux de santé (CLS) à l'échelle des EPCI en en faisant un outil d'intersectorialité (signature des autres décideurs)</li> <li>2. Conventions d'engagement (ex : convention ARS/Rectorat, Assurance Maladie/Rectorat sur l'éducation à la santé bucco-dentaire).</li> <li>3. Définition et déclinaison de feuilles de route pour chaque partie prenante</li> <li>4. Définition de la feuille de route des acteurs du PRSE 3 de niveau communal, départemental ou régional et contractualisation pour sa mise en œuvre</li> </ol>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• EPCI, collectivités</li> <li>• Acteurs institutionnels (ARS, Etat, Assurance Maladie, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population générale</li> <li>• Populations vulnérables</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de CLS signés et mis en œuvre et nombre d'EPCI couverts</li> <li>• Nombre de conventions de partenariat signées</li> <li>• Elaboration de feuilles de route</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 3 : Associer, coordonner et obtenir que chaque politique publique évalue les impacts sur la santé de ses programmes et plans d'action</b></p>	
Description	
<p>La nécessaire articulation des politiques publiques vise à préserver la santé des personnes, et à ne pas aggraver les inégalités sociales de santé. Sont particulièrement impliquées les politiques de la ville, de gestion des déchets, les politiques urbaines (PLU) et de développement urbain, politique agricole et d'alimentation, politiques de transport et d'aménagement routier, du logement, politiques de développement économique, la politique culturelle de loisirs et du tourisme.</p> <p>Ces différentes politiques doivent mieux prendre en compte leur impact sur la santé et développer des outils de type NUTRISCORE pour permettre des corrections en continu pour réduire toujours plus les risques pour la santé.</p> <p>Il s'agit aussi de rechercher la coordination dans la décision de financement comme le permettent certaines commissions existantes (commission de coordination des politiques publiques de prévention, conférence des financeurs, etc.),</p>	
Acteurs concernés	Population cible

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acteurs institutionnels (rectorat, ARS, Préfecture, Assurance Maladie, DAAF, DJSCS)</li> <li>• EPCI, collectivités</li> <li>• CAUE</li> <li>• Associations de défense de l'environnement</li> <li>• Chambres consulaires (économiques, agriculture, CCI, métiers et artisanat...)</li> <li>• Clubs services</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population générale</li> <li>• Personnes en perte d'autonomie</li> <li>• Jeunes et étudiants</li> <li>• Populations des quartiers prioritaires</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration de l'impact sur la santé dans les différents documents d'orientation et de programmation des politiques publiques concernées</li> <li>• Nombre d'appels à projets concertés</li> </ul>	

Document soumis à consultation

⇒ **Objectif opérationnel 2 : Promouvoir des stratégies de communication adaptées aux différents publics et des innovations dans la mise œuvre des actions auprès des publics**

Finalité	
<p>La communication en santé<sup>5</sup> vise à soutenir et accompagner le changement, c'est à dire donner les moyens d'agir et mettre les conseils en pratique. Cet objectif opérationnel invite les instances ou institutions à travailler de concert pour renforcer l'information et développer des programmes de communication adaptés à la diversité des publics ; en recherchant la participation et l'implication citoyenne.</p> <p>On compte parmi les leviers identifiés l'utilisation de nouvelles stratégies et outils innovants, la prise en compte des inégalités d'accès à l'information ainsi que les inégalités sociales et territoriales de santé.<sup>6</sup></p>	
Projets structurants à 5 ans	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Rendre visible la structuration de l'animation territoriale en santé et l'impact attendu des outils et de la communication</li> <li>▶ Projet 2 : Identifier le panier de services</li> <li>▶ Projet 3 : Coordonner la communication des institutions vers les usagers</li> <li>▶ Projet 4 : Promouvoir des outils de communications innovants adaptés aux différents publics</li> </ul>	
Résultats attendus	
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Une animation territoriale en santé plus visible et lisible pour les citoyens</li> <li>→ Une communication dans le champ de la santé structurée autour de messages partagés les politiques publiques, clairs, lisibles et compris de la population, notamment des publics cibles</li> <li>→ Existence d'une stratégie de communication coordonnée et formalisée</li> </ul>	
▶ Projet 1 : Rendre visible la structuration de l'animation territoriale en santé et l'impact attendu des outils et de la communication	
Description	
<p>Le niveau de déploiement des interventions en promotion de la santé et des actions de prévention et d'éducation pour la santé épouse les contours administratifs des EPCI pour mieux répondre aux besoins de santé de leur territoire.</p> <p>En vue d'une plus grande compréhension, d'une plus juste utilisation des dispositifs mis en place et pour susciter davantage les initiatives loco régionales, le cadre de définition de l'animation territoriale en santé doit être porté à la connaissance des citoyens et des acteurs locaux par tout moyen (forum santé, conseil de quartier, par le biais des associations, document papier, internet...)</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Institutions (Assurance Maladie, préfecture, rectorat, Conseil départemental...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population générale</li> <li>• Professionnels et établissements de santé</li> <li>• Etablissements et services sociaux et médico-sociaux</li> <li>• Associations</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un réseau des référents internes et externes de l'animation territoriale pour faciliter les relations entre ARS, collectivités et opérateurs</li> <li>• Nombre de copil et nombre de réunions, nombre d'élus référents</li> <li>• Présence des élus au COPIL</li> </ul>	

<sup>5</sup> Santé publique France, les campagnes de communication, 16 mars 2012

<sup>6</sup> Renaud, Lise, et Carmen Rico de Sotelo. « Communication et santé : des paradigmes concurrents », Santé Publique, vol. . 19, no. 1, 2007, pp. 31-38.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de comités techniques et nombre de réunions</li> <li>• Outils de communication grand public présentant l'animation territoriale en santé (kit CLS, films institutionnels, plaquettes, forums, existence d'une charte graphique CLS)</li> <li>• Nombre de manifestations au niveau local ayant permis de mobiliser les habitants et nombre d'initiatives suite à ces manifestations</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 2 : Identifier le panier de services</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>Description</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La détermination du panier de services ajoute de la visibilité et de la pertinence aux interventions sur le territoire. Il s'agira d'identifier l'ensemble des projets ou activités, biens et services facilitant la mise en place d'actions globales de santé associant prévention et soins. Cette étape est de nature à faciliter l'harmonisation et la complémentarité des interventions sur le territoire.</li> <li>• Elle sera matérialisée par la production d'un référentiel « composition du panier de services » dont le contenu sera validé par un comité de pilotage.</li> <li>• Ce référentiel fera l'objet de mises à jour selon les besoins du territoire et décisions arrêtées en COPIL.</li> </ul>	
<p><b>Acteurs concernés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Institutionnels (Assurance Maladie, préfecture, rectorat, Conseil départemental)</li> <li>• Tissu associatif</li> </ul>	<p><b>Population cible</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeunes</li> <li>• Séniors</li> </ul>
<p><b>Indicateurs de mise en œuvre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboration d'un référentiel « panier de service » avec fiches des actions validées</li> <li>• Suivi statistique des actions recensées et mises en œuvre.</li> <li>• Activité des comités de pilotage</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 3 : Coordonner la communication des institutions vers les usagers</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>Description</b></p> <p>Chaque institution dont l'action a un impact sur la santé gère sa communication de façon autonome sans qu'il y ait une véritable recherche de mise en cohérence des plans de communication destinés aux mêmes publics dans la région. Le niveau national n'échappe pas à ce constat.</p> <p>Il sera proposé de bâtir dans la concertation régionale un plan de communication en santé en s'appuyant sur la commission de coordination des politiques publiques (CCPP) et les chefs de projet des CLS. Ce plan sera piloté par l'ARS et validé par les instances de la démocratie sanitaire puis partagé avec les instances nationales (DGS, Santé publique France (SpF))</p>	
<p><b>Acteurs concernés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Institutionnels (Etat, ARS, Assurance Maladie, Rectorat, Conseil départemental...)</li> <li>• Santé Publique France</li> </ul>	<p><b>Population cible</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Population générale</li> </ul>
<p><b>Indicateurs de mise en œuvre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunions de concertation régionale</li> <li>• Définition d'axes de communication</li> <li>• Réunions de la CCPP</li> <li>• Mise en œuvre et suivi du plan régional de communication en santé</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 4 : Promouvoir des outils de communications innovants adaptés aux différents publics</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>Description</b></p> <p>Les stratégies de communication mises en œuvre doivent être adaptées aux publics et permettre de faire savoir ce qui existe. Cela passe par une évaluation de l'impact des stratégies existantes : s'interroger sur la pertinence des messages portés et de leur compréhension.</p> <p>La démarche d'évaluation sera confiée à un prestataire choisi sur appel d'offres. Celui-ci identifiera les leviers susceptibles d'améliorer la diffusion et l'appropriation des messages ainsi que les outils innovants de communication à utiliser en fonction des publics. L'expertise d'un socio-anthropologue sera recherchée pour plus de résultat d'impact.</p>	

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Institutionnels (Etat, ARS, Assurance Maladie, Rectorat, Conseil départemental...)</li> <li>• Professionnels et chercheurs en sciences sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publics ciblés</li> <li>• Population générale</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sélection d'un prestataire et leviers identifiés</li> <li>• Elaboration d'outils de communication innovants</li> <li>• Modalités de diffusion de ces outils</li> </ul>	

Document soumis à consultation

## Objectif 2 : Améliorer la qualité des programmes d'action en promotion de la santé

### ⇒ Objectif opérationnel 1 : Accompagner la montée en compétences des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé

Finalité
La déclinaison opérationnelle de l'orientation 1 du PRS dépend des possibilités de recourir à des acteurs en capacité de mettre en place des actions de proximité en prévention et promotion de la santé, en adéquation avec ces orientations. En conséquence, le développement des activités visant à faire monter les acteurs du territoire en compétences est un levier stratégique, et le dispositif régional de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé (ex pôle de compétence) un outil pertinent.
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Renforcer la formation initiale et continue des acteurs pouvant jouer un rôle dans la prévention et la promotion de la santé.</li> <li>▶ Projet 2 : Promouvoir la démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé.</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Visibilité des formations existantes (initiales, continues, diplômantes, etc.)</li> <li>→ Présence sur le territoire d'acteurs formés et outillés pour mettre en place des actions de prévention et de promotion de la santé de qualité.</li> <li>→ Possibilités renforcées de recours aux acteurs du territoire pour mettre en œuvre les orientations du projet régional de santé.</li> <li>→ Coopération effective avec les acteurs du territoire</li> </ul>

▶ Projet 1 : Renforcer la formation initiale et continue des acteurs pouvant jouer un rôle dans la prévention et la promotion de la santé	
Description	
<p>Le champ de la prévention et de la promotion de la santé peut être investi par une diversité d'acteurs issus de disciplines et secteurs différents avec leurs cultures professionnelles propres.</p> <p>L'introduction de modules de santé publique sur les thématiques prioritaires du PRS dans les parcours de formation des acteurs du territoire devra contribuer à la formation d'une culture commune.</p> <p>Le développement de formations diplômantes telles que la mise en place de diplômes d'université : DU de santé communautaire, DU de promotion de la santé... sera facilité par l'ARS en lien avec les universités</p> <p>Il s'agira donc, sur la durée du PRS, de renforcer les connaissances des acteurs notamment sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'état de santé des populations et le contexte local.</li> <li>▪ Les principes et méthodes d'intervention de la prévention et de la promotion de la santé.</li> <li>▪ Les demandes et les besoins d'interventions sur le territoire.</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismes de formation régionaux : Université des Antilles, IFSI, faculté de médecine, école de formation au travail social, école de cadres, ESPE, CNFPT...</li> <li>• IREPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acteurs de l'éducation, du social, du sport, du culturel, du judiciaire, de la santé, de l'animation, de la restauration...</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• DU créés</li> <li>• Elaborations de programmes de formation incluant un ou plusieurs modules de santé publique dans les différents parcours de formations des différents acteurs du territoire.</li> <li>• Inscriptions et participation des acteurs aux formations proposées.</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 2 : Promouvoir la démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé.</b></p>	
<p><b>Description</b></p> <p>Il s'agit de repérer et proposer une offre d'accompagnement méthodologique pour aider les acteurs associatifs à mettre en place la démarche qualité dans leurs organisations.</p> <p>Notamment pour appréhender :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les spécificités de l'organisation et de l'action associatives ;</li> <li>• Les notions de prévention, d'éducation pour la santé et de promotion de la santé ;</li> <li>• Les définitions et concepts liés à la qualité ainsi que la démarche qualité en promotion de la santé.</li> </ul>	
<p><b>Acteurs concernés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IREPS</li> <li>• Dispositif régional de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé</li> </ul>	<p><b>Population cible</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acteurs associatifs porteurs de projets en prévention et promotion de la santé.</li> </ul>
<p><b>Indicateurs de mise en œuvre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'accompagnements méthodologiques à la mise en place de la démarche qualité en promotion de la santé mis en œuvre.</li> <li>• Nombre d'acteurs / d'associations touchées</li> </ul>	

## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Améliorer l'accès à des ressources de qualité

<p><b>Finalité</b></p> <p>Il s'agit de rendre lisible les différents types de ressources nationales et locorégionales mobilisables et faciliter leur accessibilité par les acteurs, selon leur territoire d'intervention.</p>	
<p><b>Projets structurants à 5 ans</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>► <b>Projet 1 : Faciliter la mobilisation des données probantes dans le cadre des projets d'intervention en prévention et promotion de la santé.</b></li> <li>► <b>Projet 2 : Tenir à jour une cartographie des acteurs.</b></li> <li>► <b>Projet 3 : Promouvoir les outils d'intervention efficaces et les protocoles d'interventions validés.</b></li> </ul>	
<p><b>Résultats attendus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Meilleure lisibilité sur : la répartition géographique des promoteurs d'action de prévention et de promotion de la santé ; les outils et protocoles d'intervention utilisables.</li> <li>→ Meilleure prise en compte des données probantes dans l'élaboration des projets de prévention et de promotion de la santé.</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 1 : Faciliter la mobilisation des données probantes dans le cadre des projets d'intervention en prévention et promotion de la santé</b></p>	
<p><b>Description</b></p> <p>Les données probantes se constituent de différents types de connaissances (scientifiques, tirées de l'expérience personnelle ou professionnelle) provenant d'une diversité de disciplines et de secteurs qui concernent la santé publique. Ainsi, il existe plusieurs sources de données probantes à considérer.</p> <p>Il s'agira de rendre accessibles les données et les interventions validées et faciliter leur intégration par les acteurs de prévention et de promotion de la santé.</p> <p>L'utilisation de ces données devra permettre d'éclairer la décision, renforcer les interventions.</p>	
<p><b>Acteurs concernés</b></p>	<p><b>Population cible</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• IREPS</li> <li>• ORSAG</li> <li>• Université des Antilles</li> <li>• Producteurs régionaux, nationaux et internationaux de données</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoteurs d'actions de prévention et de promotion de la santé</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modalités de diffusion des données probantes</li> <li>• Modèle d'utilisation des données probantes</li> <li>• Intégration des données probantes dans les conseils et accompagnements méthodologiques</li> <li>• Part d'actions reposant sur les interventions reconnues efficaces</li> </ul>	

<p>► <b>Projet 2 : Tenir à jour une cartographie des acteurs ressources.</b></p>	
<p align="center"><b>Description</b></p>	
<p>La base de données régionale OSCARS permet de donner de la visibilité à l'activité menée en santé publique sur la Guadeloupe : promoteur, intitulé projet, description de l'action, année de mise en œuvre, durée, lieux d'intervention, thématique de santé, public cible...</p> <p>Afin d'alimenter cet outil cartographique, dès lors qu'ils auront obtenu des financements pour mettre en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé, les porteurs de projets devront nécessairement renseigner la fiche-projet type OSCARS et l'adresser à l'IREPS, référent du dispositif régional, qui assurera la saisie en ligne.</p>	
<p><b>Acteurs concernés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IREPS</li> </ul>	<p><b>Population cible</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porteurs de projet associatifs</li> <li>• Institutions/financeurs</li> </ul>
<p><b>Indicateurs de mise en œuvre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentation de la base de données régionales OSCARS en nouvelles actions et nombre d'actions nouvelles saisies dans la base de données régionale.</li> <li>• Production de bilans et d'analyses à partir de la base de données</li> <li>• Réalisation d'un annuaire des acteurs ressources pouvant intervenir sur les territoires des EPCI.</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 3 : Promouvoir les outils d'interventions efficaces et les protocoles d'interventions validés.</b></p>	
<p align="center"><b>Description</b></p>	
<p>La mise à disposition d'outils d'interventions efficaces et de protocoles d'interventions validés contribue à l'amélioration de la qualité, à condition que ces outils ou protocoles soient adaptés à l'intervention d'une part, et l'intervenant initié ou formé pour l'utiliser d'autre part.</p> <p>Pour faciliter leur appropriation par les acteurs du territoire, des sessions de présentation des outils et protocoles d'interventions validés doivent être déployées.</p>	
<p><b>Acteurs concernés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IREPS</li> </ul>	<p><b>Population cible</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porteurs de projets</li> </ul>
<p><b>Indicateurs de mise en œuvre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de sessions de présentation d'outils et protocoles d'interventions validés mises en place.</li> </ul>	

⇒ **Objectif opérationnel 3 : Développer la recherche interventionnelle en promotion de la santé et son utilisation dans les programmes**

<p><b>Finalité</b></p>
<p>La recherche interventionnelle vise à produire des connaissances utiles à l'action et aux décideurs. Elle se fonde sur une co-construction de la démarche par des chercheurs et des acteurs de terrain avec pour objectif d'avoir un impact favorable sur les déterminants sociaux, culturels et environnementaux de la santé et de réduire les facteurs de risques de maladies les plus fréquentes. La recherche interventionnelle cherche à développer les conditions d'un transfert des connaissances acquises.</p>



Notre région doit s'inscrire dans cette dynamique avec au besoin l'appui d'équipes de recherche plus en avance sur le sujet pour renforcer nos compétences sur place et aller vers l'amélioration de nos indicateurs de santé. Nous avons à progresser dans le choix des modalités d'intervention, le choix des messages, pour être plus efficaces dans la prévention des maladies chroniques ou encore l'accompagnement au vieillissement par exemple.

#### Projets structurants à 5 ans

- ▶ Projet 1 : Favoriser l'interconnaissance entre le monde universitaire et les acteurs de terrain.
- ▶ Projet 2 : Encourager l'appropriation de la démarche méthodologique d'une recherche interventionnelle.
- ▶ Projet 3 : Privilégier les projets de recherche interventionnelle et multidisciplinaire

#### Résultats attendus

- ➔ Davantage de rencontres opérationnelles entre chercheurs et acteurs de la prévention
- ➔ Création des conditions de mise en place de projets de recherche interventionnelle au niveau régional
- ➔ Une plus grande adaptation des politiques de prévention aux avancées de la recherche

#### ▶ **Projet 1 : Favoriser l'interconnaissance entre le monde universitaire et les acteurs de terrain.**

##### Description

Les projets de recherche étant menés dans le cadre de démarches de co-construction, avant d'envisager un travail de coopération sur de tels projets, des temps d'échanges entre le monde universitaire et les acteurs de terrain sont nécessaires. Notamment pour :

- Mieux se connaître et favoriser le partage d'une culture commune ;
- Échanger autour des pratiques respectives et des terminologies utilisées ;
- Identifier les contextes, les contraintes et les modalités de travail des uns et des autres ;
- Favoriser l'interdisciplinarité

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• IREPS</li> <li>• Université des Antilles</li> <li>• Acteurs de prévention et de promotion de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opérateurs</li> <li>• Chercheurs</li> </ul>

##### Indicateurs de mise en œuvre

- Types de rencontres mises en place.
- Nombre de collaborations
- Thématiques de travail
- Projets émergents de recherche interventionnelle

#### ▶ **Projet 2 : Encourager l'appropriation de la démarche méthodologique d'une recherche interventionnelle.**

##### Description

La conduite d'un projet de recherche interventionnelle repose sur la succession des étapes suivantes :

- La définition du champ de la recherche
- La co-construction de la problématique
- La définition de la question de recherche et des hypothèses
- L'élaboration de l'intervention support
- Elaboration de la méthodologie de recherche
- Finalisation du projet de recherche interventionnelle

Pour développer les capacités des acteurs du territoire à conduire des projets de recherche interventionnelle, il conviendra de développer des modules de formation sur ces thématiques et de favoriser l'accès aux documents ressources.

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• IREPS</li> <li>• Université des Antilles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opérateurs associatifs</li> <li>• Institutionnels</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santé Publique France, école des hautes études de santé publique (EHESP)</li> <li>• Acteurs de prévention et de promotion de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Universitaires</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sessions de formation mises en place et participation des acteurs</li> <li>• Documents ressources diffusés</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 3 : Privilégier les projets de recherche interventionnelle et multidisciplinaire</b></p>	
<b>Description</b>	
<p>Compte tenu de la dimension des appels à projets existants (inter régionaux ou nationaux), les projets du territoire ont peu de chances de passer les étapes de sélection. Il convient d'envisager, en s'appuyant sur les structures de recherche locales, de développer un appel à projets local sur les thématiques d'intérêt pour la population (nutrition, maladies chroniques dont le diabète, diabète gestationnel, cancers, ...)</p> <p>On cherche ainsi à favoriser l'interdisciplinarité des projets de recherche pour une approche globale des problématiques de prévention en étant attentif aux approches sociales et anthropo-culturelles.</p> <p>Il convient tout de même de chercher à répondre aux appels à projets nationaux sur le modèle notamment des expérimentations à l'accompagnement à l'autonomie en santé</p>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipes de recherche, université des Antilles, hôpitaux, ARS, acteurs de prévention et de promotion de la santé, IREPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institutionnels</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement d'un appel à projet local sur les thématiques d'intérêt pour la population</li> <li>• Nombre d'équipes en sciences humaines et sociales identifiées</li> <li>• Nombre de projets de recherche interventionnelle mis en œuvre (locorégionaux, nationaux)</li> <li>• Nombre d'équipes collaboratrices par projet</li> <li>• Montant des projets financés par an</li> <li>• Indicateurs de suivi des projets financés (état d'avancement ; initié, en cours, abandonné, clôturé, valorisé...)</li> </ul>	

## Objectif 3 : Agir sur les déterminants de santé comportementaux pour améliorer l'état de santé des populations

### ⇒ Objectif opérationnel 1 : Favoriser les pratiques préventives individuelles et collectives de tout professionnel du champ sanitaire et social

Finalité	
Il s'agit de faire en sorte que les professionnels de santé libéraux ou salariés puissent s'approprier les démarches et messages de prévention et soient en capacité de les inscrire dans leurs pratiques de soins et les véhiculer. La création d'un réseau de soutien à cette mission de prévention en constitue un levier territorial.	
Projets structurants à 5 ans	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Faire connaître les outils mis à disposition des professionnels de santé pour encourager les pratiques cliniques préventives (PCP) et renforcer l'accessibilité de l'offre de prévention</li> <li>▶ Projet 2 : Faciliter le déploiement de l'éducation thérapeutique du patient</li> </ul>	
Résultats attendus	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Des professionnels de soins primaires ou de recours qui assurent la promotion de la vaccination, des dépistages des cancers et autres maladies chroniques, dépistent la surcharge pondérale, prescrivent des séances d'activité physique et des professionnels de premier recours qui participent aux programmes d'ETP</li> <li>➔ Une meilleure connaissance des dispositifs incitatifs, des offres de prévention et des réseaux de prise en charge pour orienter les patients dépistés positifs</li> </ul>	
▶ <b>Projet 1 : Faire connaître les outils mis à disposition des professionnels de santé pour encourager les pratiques cliniques préventives (PCP) et renforcer l'accessibilité de l'offre de prévention</b>	
Description	
L'Etat, l'Assurance Maladie et l'ARS ont développé des dispositifs structurés dans le but d'améliorer la santé et de réduire les inégalités d'accès à la prévention. Ce sont notamment les mesures incitatives telles que les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP), des mesures soutenant la coopération entre professionnels de soins primaires. Renforcer la communication et proposer un accompagnement personnalisé adapté à leur disponibilité facilitent l'inscription du patient dans un parcours de santé	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• ARS</li> <li>• Ordres et URPS</li> <li>• Pôle de compétence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionnels de santé</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Part des médecins respectant les objectifs de santé publique/médecins conventionnés</li> </ul>	
▶ <b>Projet 2 : Faciliter le déploiement de l'ETP</b>	
Description	
On cherche à renforcer la participation des professionnels du premier recours à l'ETP en répondant aux freins résultant de cette pratique en ville.	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionnels de santé libéraux (dont les médecins)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malades chroniques</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de consultations dédiées</li> <li>• Evolution du nombre de PS libéraux impliqués dans un programme d'ETP</li> <li>• Nombre de programmes coordonnés par un médecin traitant</li> </ul>	

## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Favoriser les pratiques préventives des établissements

Finalité
Cet objectif vise à élargir les missions des services médico-sociaux et de soins vers la promotion de la santé. Le concept « hôpital promoteur de santé » soutient cette idée. Il concerne la santé des patients, celle du personnel et de la communauté. Les actions orientées vers les personnes, les structures et les réseaux portent sur l'amélioration de la qualité des soins, les conditions de travail à l'hôpital, ainsi que la participation des professionnels et des usagers aux décisions qui concernent leur santé.
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Encourager le déploiement de projets de santé destinés aux personnes vulnérables pendant leur hospitalisation</li> <li>▶ Projet 2 : Soutenir l'allaitement maternel en établissements</li> <li>▶ Projet 3 : Renforcer les actions en faveur des personnels sur leur lieu de travail</li> <li>▶ Projet 4 : Renforcer l'ancrage des dispositifs de prévention dans leur environnement</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des actions de prévention et de promotion de la santé initiées par les services hospitaliers et médico-sociaux</li> </ul>

▶ <b>Projet 1 : Encourager le déploiement de projets de santé destinés aux personnes vulnérables pendant leur hospitalisation</b>	
Description	
Ce projet concerne plus particulièrement l'accueil et les soins aux personnes âgées, les personnes en situation de handicap. Il s'agit de chercher à déployer les démarches de bientraitance, préserver l'autonomie des personnes pendant leur hospitalisation, à prévenir, dépister et prendre en charge la dénutrition de ces publics. Les personnels et les aidants seront sensibilisés à la question de la dénutrition et seront appelés à promouvoir la santé bucco-dentaire des personnes vulnérables.	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements sanitaires (directeurs et personnels)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées</li> <li>• Personnes en situation de handicap</li> <li>• Les familles</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respect des recommandations du guide de la bientraitance en établissements,</li> <li>• Evolution du nombre d'établissements développant des plans de prévention</li> <li>• Nombre et type d'actions</li> <li>• Evolution de la part des personnes accueillies concernées par des actions de PS</li> <li>• Nombre de consultations adaptées aux personnes en situation de handicaps</li> <li>• Rapports d'activité de comité de lutte contre la dénutrition</li> <li>• Actions de promotion de la santé buccodentaire</li> <li>• Procédure écrite relative à l'état nutritionnel</li> <li>• Activité des unités transversales de nutrition</li> </ul>	
▶ <b>Projet 2 : Soutenir l'allaitement maternel en établissements</b>	
Description	
Ce projet vise à mettre en place dans chaque maternité une politique résolument tournée vers la promotion de l'allaitement maternel, facteur de santé, action de prévention primaire des troubles nutritionnels. Les personnels des maternités, des services de néonatalogie seront sensibilisés et formés à la question de l'allaitement.	
Acteurs concernés	Population cible

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements sanitaires (directeurs et personnels de la périnatalité)</li> <li>• Sages-femmes</li> <li>• Réseau périnatalité</li> <li>• PMI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les jeunes mamans</li> <li>• Les bébés</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'une organisation interne et d'un référent coordonnant les actions de promotion à la mise au sein</li> <li>• Programme de formation en lactation</li> <li>• Procédure écrite pour l'accompagnement à l'allaitement</li> <li>• Document d'information sur l'allaitement disponible dans les maternités et en PMI,</li> <li>• Evolutions du nombre de personnels formés à la lactation humaine</li> <li>• Evolution des Taux d'allaitement exclusif</li> <li>• Evolution des Taux d'allaitement mixte</li> <li>• Nombre de mises au sein précoce/nombre de naissances vivantes</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 3 : Renforcer les actions en faveur de la santé des personnels sur leur lieu de travail</b></p>	
<b>Description</b>	
Ce projet vise à faciliter le déploiement d'actions favorables à la bonne santé des salariés de l'hôpital en suscitant leur participation.	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements sanitaires (directeurs et personnels)</li> <li>• Services de santé au travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnels</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un plan d'actions</li> <li>• Programme de formation</li> <li>• Correspondants désignés</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 4 : Renforcer l'ancrage des dispositifs de prévention dans leur environnement</b></p>	
<b>Description</b>	
Des établissements peuvent proposer des offres de prévention ouverts à la population. Il s'agira de renforcer leur intégration dans leurs territoires respectifs et d'adapter leurs configurations aux besoins spécifiques de leurs habitants. Il s'agit des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (CeGIDD), des centres de vaccination, de lutte contre la tuberculose. L'articulation avec les dispositifs mobiles et le réseau associatif est à promouvoir largement.	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements sanitaires (directeurs et personnels de la périnatalité)</li> <li>• COREVIH</li> <li>• CeGIDD</li> <li>• CLAT</li> <li>• Centres de vaccination</li> <li>• IPG</li> <li>• Assurance Maladie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population générale</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre et type d'actions réalisées</li> <li>• Rapports annuels d'activité</li> <li>• Evolution de la fréquentation des centres (CeGIDD, CLAT, Centres de vaccination)</li> </ul>	

### ⇒ Objectif opérationnel 3 : Encourager les actions visant à renforcer les compétences individuelles et collectives des populations

Finalité	
<p>La promotion de la santé a pour objet de développer les compétences des citoyens pour que chacun renforce ses capacités à faire des choix éclairés. Elle confère aux populations les moyens de mieux contrôler leur propre santé et d'améliorer celle-ci.</p> <p>Il s'agit, dans cette perspective, d'impliquer la population et de stimuler l'initiative citoyenne dans la conception et la mise en œuvre des actions, en favorisant la conduite d'actions de proximité. Cela implique de s'interroger sur les modalités et les stratégies de mobilisation des publics pour sensibiliser les populations (renfort par le partenariat, co-construction et coréalisation). Le renforcement des compétences psychosociales (CPS), mais également la santé communautaire et la prévention par les pairs, constituent des leviers d'action importants.</p>	
Projets structurants à 5 ans	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Promouvoir la prévention par les pairs</li> <li>▶ Projet 2 : Renforcer l'accompagnement à l'autonomie en santé</li> <li>▶ Projet 3 : Renforcer les compétences psycho-sociales des enfants et jeunes adolescents</li> </ul>	
Résultats attendus	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des projets d'accompagnement à l'autonomie en santé des personnes</li> <li>• Rendre les individus acteurs de leur propre santé</li> <li>• Développer des projets de santé communautaire</li> </ul>	
▶ Projet 1 : Promouvoir la prévention par les pairs	
Description	
<p>Les actions de prévention peuvent se baser sur les savoirs expérimentiels, et plus particulièrement sur le savoir de l'utilisateur.</p> <p>Les pairs volontaires seront identifiés et formés si besoin pour initier, développer, accompagner la mise en place d'interventions autour de la nutrition, de la santé sexuelle et la vie affective, plus globalement en faveur de la réduction des risques. Les pairs-aidants, les pairs en milieu scolaire constituent l'une des cibles privilégiées</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pairs - aidants</li> <li>• Pairs-élèves</li> <li>• Associations (notamment associations et groupes d'auto-support)</li> <li>• Usagers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elèves</li> <li>• Familles</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de pairs par an dans les établissements</li> <li>• Nombre d'élèves touchés par une action mobilisant des pairs</li> </ul>	
▶ Projet 2 : Renforcer l'accompagnement à l'autonomie en santé	
Description	
<p>Il conviendra de suivre pendant 5 ans le projet qui a été retenu en Guadeloupe par la direction générale de la santé suite à un appel à projet national. Il s'agit d'un projet expérimental d'accompagnement sanitaire, social, administratif de 300 personnes exposées au risque de diabète de type 2 et qui a pour objectif la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Le projet doit apporter des éléments de connaissance probants sur l'efficacité des mesures mises en œuvre pour renforcer l'empowerment de ces patients en santé.</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Association française des diabétiques</li> <li>• Banque alimentaire</li> <li>• Professions sport loisirs</li> <li>• Croix rouge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes exposées au risque de diabète de type 2</li> <li>• Familles à risques</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• GIP Raspeg (Réseau diabète)</li> <li>• EPCI (CLS, communes)</li> <li>• ARS</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• Equipe de recherche</li> </ul>	
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
Indicateurs d'évaluation qualitative du projet : <ul style="list-style-type: none"> <li>- comment se construit le projet partenarial avec les usagers ?</li> <li>- comment ce projet développe t'il l'empowerment des usagers ?</li> <li>- Ce projet modifie t'il le sens donné à la santé des usagers ?</li> <li>- Ce projet modifie t'il les habitudes de consommation et d'activité physique des usagers ?...</li> </ul>	
<b>► Projet 3 : Renforcer les compétences psycho-sociales des enfants et jeunes adolescents</b>	
<b>Description</b>	
<p>Les compétences psychosociales font référence, selon l'OMS à la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne, en se maintenant dans un état de bien-être mental, et en adaptant un comportement approprié et positif dans le cadre de ses relations avec les autres, sa propre culture et son environnement.</p> <p>Les compétences psychosociales (CPS) ont donc un rôle important à jouer dans la promotion de la santé en termes de bien-être physique, mental et social et s'acquièrent dès l'enfance.</p> <p>Il conviendra notamment d'assurer la mise en œuvre et le suivi de la convention ARS – Rectorat dont une des orientations vise le renforcement des CPS. On cherche ainsi à former aux CPS 100% des élèves de CM2, 6<sup>ème</sup> et secondes, ainsi que des élèves des maisons familiales et rurales.</p>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Rectorat</li> <li>• animateurs, travailleurs sociaux</li> <li>• Etablissements scolaires</li> <li>• Structures sociales, maisons de quartier, maison des ados</li> <li>• Etablissements médico-sociaux (CSAPA, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfants et adolescents scolarisés</li> <li>• Jeunes scolarisés dans les MFR</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombres de projets de renforcement des CPS mis en œuvre</li> <li>• Déclinaison opérationnelle de l'orientation de la convention ARS – Rectorat visant le développement des CPS dans les projets des écoles (via par exemple les parcours éducatifs en santé)</li> </ul>	

## ⇒ Objectif opérationnel 4 : Développer et renforcer les programmes régionaux de santé publique

<b>Finalité</b>
Il s'agit ici de décliner au plan régional les stratégies nationales qui visent à la réduction des comportements à risques : plan régional activité physique, programme nutrition dont alimentation, mortalité infantile, stratégie santé sexuelle.
<b>Projets structurants à 5 ans</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>► Projet 1 : Plan régional Activités Physiques et Sportives à des fins de santé</li> <li>► Projet 2 : Programme nutrition « PLEZI BOUJE, PLEZI MANJE, 100% PLEZ, 100% SANTE »</li> <li>► Projet 3 : Programme de lutte contre la mortalité infantile</li> <li>► Projet 4 : Programme régional sur la stratégie santé sexuelle</li> </ul>
<b>Résultats attendus</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposer de programmes de santé publique opérationnels et adaptés au territoire</li> <li>• Assurer la déclinaison partenariale de ces programmes dans les CLS pour en garantir la couverture territoriale et populationnelle</li> </ul>

- Réduire la mortalité prématurée

► **Projet 1 : Plan régional Activités physiques et Sportives à des fins de santé 2018-2022**

**Description**

Ce plan s'inscrit dans la continuité du plan régional sport santé bien être 2013-2017 dont l'objectif général est de promouvoir et de développer la pratique d'APS comme facteur de santé publique, structurer le réseau des acteurs de la santé et du sport. Il s'agit de :

- Développer la pratique des APS à des fins de santé
- Développer une dynamique territoriale permettant de réduire l'inégalité d'accès à la pratique de l'activité physique et développer la pratique des APS pour des publics cibles (patients porteurs de maladies chroniques, seniors de 65 ans et plus, personnes en situation d'handicap, personnes en situation de précarité...) notamment sur les parcours sportifs de santé sécurisés (P3S) des communes
- Promouvoir la prescription d'activité physique adaptée

Résultats attendus :

- Augmentation du nombre de P3, de lieux d'activité physique,
- Aide financière apportée aux publics vulnérables pour accéder à des activités physiques
- Mise en place d'un réseau entre les acteurs de la santé et du sport en lien avec les opérateurs des aménagements urbains et routiers
- Mise en place de partenariats entre les collectivités territoriales, ARS, ASSURANCE MALADIE, mutuelle, Etat (appels à projets communs centrés sur les APS, APS dans les contrats locaux de santé...)
- Développement d'une pratique d'APS régulière et pérenne dans les établissements de santé et médico-sociaux
- Développement d'une dynamique territoriale permettant de réduire l'inégalité d'accès à la pratique des APS

**Acteurs concernés**

- ARS, Assurance Maladie, DJSCS, mutuelles, collectivités territoriales et locales, mouvement sportif, professionnels de santé.

**Population cible**

- Patients porteurs de maladies chroniques
- Seniors de 65 ans et plus
- Personnes en situation de handicap
- Personnes en situation de précarité
- Femmes enceintes
- Jeunes

**Indicateurs de mise en œuvre**

- Nombre d'établissements sanitaires et médico-sociaux, de réseaux de santé, de programmes d'éducation thérapeutique proposant des APS
- Nombre d'établissements sportifs proposant des APS pour les publics cibles
- Nombre d'éducateurs sportifs proposant des APS pour les publics cibles
- Nombre de professionnels de la santé formés au conseil/ prescription des APS
- Nombre d'usagers (public cible) ayant une pratique régulière d'APS

► **Projet 2 : Programme nutrition « PLEZI BOUJE, PLEZI MANJE, 100% PLEZ, 100% SANTE »**

**Description**

Plusieurs études mettent en évidence une pratique d'activité physique insuffisante, une consommation de fruits, légumes et produits laitiers insuffisante, un coût élevé des denrées produites localement, la disparition progressive du modèle alimentaire traditionnel, des difficultés à faire le lien entre l'alimentation et la santé... Dans le cadre de la politique régionale de santé publique 2017- 2022 en matière de nutrition, il conviendra d'aborder l'alimentation et l'activité physique comme des facteurs protecteurs de santé ; mettre l'accent sur l'AP régulière et d'initiation précoce ; impliquer les médecins dans la prévention ; développer une démarche de proximité ; tenir compte des représentations des populations... Le COPIL « Plézi Manjé, Plézi Boujé – 100% Plézi, 100% Santé » représente l'organe décisionnel et opérationnel de cette politique.

Objectifs stratégiques :



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir un environnement favorable à la santé par la nutrition selon les recommandations validées scientifiquement ;</li> <li>- Accompagner le projet de grossesse et protéger le capital santé du jeune enfant ;</li> <li>- Renforcer les compétences des professionnels en matière d'alimentation et d'activité physique et adapter les messages et recommandations nationales ;</li> <li>- Agir en faveur de publics cibles au plus près de leur lieu de vie ;</li> <li>- Garantir la qualité des stratégies d'intervention en alimentation et en activité physique.</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Représentants des Collectivités Territoriales (communes, EPCI, conseil départemental et régional)</li> <li>• ARS, Rectorat et Services de l'Etat (DAAF Guadeloupe, DRJSCS, DEAL, DIECTE)</li> <li>• Professionnels de santé médicaux et paramédicaux et instances représentatives (URPS...)</li> <li>• IREPS et autres acteurs associatifs (PSL, USEP, UNSS, GwadAMAP...)</li> <li>• Représentants des usagers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population générale</li> <li>• Population spécifiquement ciblée : femmes enceintes et enfants de 0 à 6 ans ; jeunes de 16 à 25 ans ; séniors ; personnes porteuses de maladies chroniques ou de handicap ; personnes en situation de précarité</li> </ul>
Indicateurs annuels de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appuis à la dynamique des territoires en matière de nutrition</li> <li>• Actions de modification de l'environnement en faveur de la mobilité douce</li> <li>• Action de promotion des comportements favorables (allaitement maternel...)</li> <li>• Actions de renforcement de l'accès à une offre alimentaire de qualité</li> <li>• Engagements des acteurs en faveur de l'amélioration de la santé nutritionnelle</li> <li>• Travaux d'étude et de recherche réalisés (sociologique, épidémiologique...)</li> <li>• Suivi des publics cibles prioritaires (femmes enceintes, petite enfance) dans le temps</li> <li>• Projets et structures accompagnés</li> <li>• Répertoire des acteurs formés</li> <li>• Diffusion de données probantes</li> </ul>	
► <b>Projet 3 : Plan régional de lutte contre la mortalité infantile</b>	
Description	
<p>La réduction de la mortalité péri et néonatale est un objectif pour notre région qui accuse un nombre de décès d'enfants de moins de 1 an supérieur à la moyenne nationale. La commission régionale de la naissance pilote le plan d'actions défini par les acteurs de la périnatalité et le réseau en périnatalité. Le rôle de la PMI est essentiel. Il est attendu par ce programme une amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- du suivi et de la surveillance de la grossesse de toutes les femmes enceintes dont celles qui présentent des risques de complications,</li> <li>- de l'orientation vers le bon niveau de suivi et de prise en charge si besoin</li> <li>- de la coordination entre professionnels de santé</li> <li>- De l'accompagnement des femmes et familles les plus éloignées du système de santé</li> <li>- De l'accès aux droits et aux soins des femmes en situation de double insularité</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseau périnatalité</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• Conseil départemental (PMI)</li> <li>• Gynécologues obstétriciens libéraux et hospitaliers</li> <li>• Sages-femmes libérales et hospitalières</li> <li>• Pédiatres libéraux, hospitaliers et exerçants en CAMSP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femmes en âge de procréer</li> <li>• Femmes enceintes</li> <li>• Nourrissons et jeunes enfants</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mouvement français pour le planning familial (association maternité consciente)</li> <li>• Représentants d'usagers : association M.A.M.A.N</li> </ul>	
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre du plan d'actions défini par la commission régionale de la naissance et suivi des indicateurs associés</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 4 : Programme régional sur la stratégie santé sexuelle</b></p>	
<b>Description</b>	
<p>Notre région est la deuxième la plus touchée de France par les infections aux IST notamment le VIH. Par ailleurs, le nombre de grossesses chez les mineures, bien que stable, reste plus important qu'en France hexagonale. La stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 met l'accent sur la santé des jeunes et le renforcement de la formation et la mobilisation des professionnels de santé, notamment de premier recours. Les priorités retenues sur notre territoire sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer l'éducation à la santé sexuelle et la sexualité</li> <li>- Développer la formation en santé sexuelle</li> <li>- Améliorer l'accès aux outils de dépistages et aux contraceptifs</li> <li>- Augmenter la couverture vaccinale contre les IST à prévention vaccinale (VHB et HPV)</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'éducation nationale</li> <li>• Le Conseil Départemental (CPEF, éducateurs de l'ASE)</li> <li>• CeGIDD</li> <li>• COREVIH</li> <li>• IREPS</li> <li>• Planning familial</li> <li>• Professionnels de santé libéraux et hospitaliers</li> <li>• PJJ</li> <li>• Unités sanitaires du CHU et du CHBT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population générale</li> <li>• Accent mis sur les populations jeunes</li> <li>• Populations vulnérables (détenus, handicapés)</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'élèves ayant bénéficié de séances d'éducation à la sexualité dans le cadre du parcours éducatif en santé (y compris dans les institutions médico-sociales pour jeunes)</li> <li>• Nombre de professionnels de santé et médico-sociaux et du secteur éducatif et judiciaire formés en santé sexuelle</li> <li>• Nombre de préservatifs distribués dans les établissements scolaires et universitaires</li> <li>• Nombre d'IVG médicamenteuses réalisées par les sages-femmes</li> <li>• Bilan de l'offre de contraception gratuite mise à disposition des mineures dans les CPEF</li> <li>• Nombre de personnes ayant utilisé la plateforme IVG/contraception et nombre de personnes orientées (contraception / IST)</li> <li>• Nombre de TROD, de dépistages de cancer du col de l'utérus, de vaccination contre VHB et HPV réalisés.</li> <li>• Comparaison des taux d'IST/VIH et des taux de grossesses non désirées par rapport aux années précédentes.</li> <li>• Convention cadre avec la PJJ pour développer des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle et prévention des risques</li> </ul>	

## ORIENTATION 2 : FAVORISER UNE OFFRE DE SANTE SOUTENANT LES SOINS DE PROXIMITE

### Objectif 1 : Renforcer l'attractivité des territoires pour améliorer l'offre de soins de premier recours

⇒ **Objectif opérationnel 1 : Favoriser l'installation de nouveaux professionnels pour garantir un égal accès aux soins dans tous les territoires**

Finalité
Il s'agit ici de mettre en œuvre les mesures favorisant l'installation des professionnels de santé du plan « Renforcer l'accès territorial aux soins ». Ce plan vise à garantir un égal accès aux soins dans les territoires en assurant notamment une présence soignante adéquate partout et au moment où cela est nécessaire.
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Aider à l'installation et à l'exercice des médecins généralistes et des chirurgiens-dentistes dans les zones en tension</li> <li>▶ Projet 2 : Renforcer l'attractivité pour les médecins spécialistes</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Une meilleure couverture des territoires par les installations en exercice libérale et mixte des professionnels de santé</li> <li>→ Une présence médicale garantie dans chaque territoire de vie-santé</li> <li>→ Un développement de l'offre de soins de premier recours</li> </ul>

▶ <b>Projet 1 : Aider à l'installation et à l'exercice des médecins dans les zones en tension</b>	
Description	
Un zonage adapté, tenant compte de plusieurs paramètres et élaboré en partenariat avec les représentants des médecins doit être actualisé en fonction de l'évolution des besoins de santé des populations par territoire. Les aides développées par l'ARS, l'Assurance Maladie et les collectivités doivent être proposées aux médecins selon les critères d'éligibilités des aides et le zonage en vigueur. Un guichet unique ARS/ASSURANCE MALADIE sera mis en place.	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elus des collectivités</li> <li>• Conseils Départemental et Conseil régional</li> <li>• Assurance Maladie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecins installés en exercice mixte ou libéral</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de contrat type d'aides conventionnelles signées entre médecin, ARS, Assurance Maladie</li> <li>• Nombre de contrat PTMG signés</li> <li>• Nombre de contrat PTMR signés</li> <li>• Nombre de contrat CESP signés</li> <li>• Nombre de jeunes médecins signataires du contrat CESP installés</li> <li>• Nombre de collectivités offrant des aides à l'installation et critères d'éligibilité</li> <li>• Sommes du FIR Ambulatoire utilisées pour financer des aides à l'installation</li> <li>• Nombre de zonages élaborés</li> <li>• Durée des zonages arrêtés</li> <li>• Nombre de médecins installés en territoire de vie santé sous-dense</li> </ul>	
▶ <b>Projet 2 : Renforcer l'attractivité pour les médecins spécialistes</b>	

Description	
Développer l'exercice mixte en établissement de santé public et/ou privé, et en ville Développement de regroupements pluriprofessionnels dans le champ des soins spécialisés	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elus des collectivités</li> <li>• Conseil Départemental</li> <li>• Région</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• DGOS – RH1</li> <li>• Université des Antilles</li> <li>• ONDPS, CRONDPS</li> <li>• ARS Guyane</li> <li>• ARS Martinique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionnels de santé</li> <li>• Etudiants futurs professionnels de santé</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de professionnels de santé accompagnés dans leur installation</li> <li>• Nombre d'avis de CRONDPS rendus sur l'évolution des quotas et numerus clausus</li> <li>• Nombre de zonage par profession réalisés</li> <li>• Durée d'application par zonage</li> </ul>	

⇒ **Objectif opérationnel 2 : Développer et adapter les dispositifs de formation initiale et continue aux besoins de santé par territoire**

Finalité
<p>Il s'agit ici de réaliser plusieurs actions pour développer et adapter les formations initiales et continues des professionnels de santé en fonction des orientations du PRS 2 par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La régulation des flux d'entrée par la formation initiale des professionnels de santé ;</li> <li>- L'accompagnement de tous les acteurs impliqués dans l'animation et la promotion des questions relatives aux métiers, aux emplois et aux compétences dans les champs sanitaire et médico-social ;</li> <li>- La promotion des nouvelles pratiques professionnelles et des nouveaux modes d'exercice par les formations initiales et continues;</li> <li>- L'optimisation d'une politique d'accueil des apprenants, étudiants et stagiaires s'appuyant sur une procédure partagée au sein de chaque établissement.</li> <li>- L'accompagnement et encouragement du développement d'une démarche qualité dans l'ensemble des instituts de formation (AS, AP, IDE, PDE, IADE)</li> </ul>
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Projet 1 : Centrer le contrôle pédagogique des écoles paramédicales sur l'adéquation des objectifs pédagogiques aux objectifs professionnels (développement de l'exercice pluriprofessionnel et promotion des pratiques de prévention)</b></li> <li>▶ <b>Projet 2 : Réguler les flux d'entrée en formation initiale notamment pour les professions à forte densité</b></li> <li>▶ <b>Projet 3 : Développer des formations ou filières d'accompagnement pour la formation de professionnels de santé rééducateurs en effectif insuffisant dans la région.</b></li> <li>▶ <b>Projet 4 : Lancer et inscrire dans la durée une dynamique entre la Région, l'Université des Antilles, le rectorat, les acteurs de la santé et de l'emploi sur la question des emplois, des métiers, le développement des compétences et l'exercice professionnel</b></li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement des formations initiales et continues en fonction des besoins de santé de la population par territoire et selon les orientations définies dans le PRS 2</li> </ul>

▶ **Projet 1 : Centrer le contrôle pédagogique des écoles paramédicales sur l'adéquation des objectifs pédagogiques aux objectifs professionnels (développement de l'exercice pluriprofessionnel et promotion des pratiques de prévention)**

Description	
<p>L'action de l'ARS sur le contrôle pédagogique des écoles et instituts paramédicaux doit permettre une meilleure adéquation entre les objectifs pédagogiques d'une part et les objectifs professionnels fixés pour les étudiants et l'évolution des pratiques professionnelles d'autre part notamment pour préparer à un exercice pluriprofessionnel. Il s'agit également de mener une démarche qualité globale avec les écoles et instituts pour l'amélioration des conditions d'apprentissage. Cette démarche inter instituts et écoles accompagnera ces derniers vers de meilleures pratiques, un partage des expériences et une mutualisation de moyens.</p> <p>Les actions à mener sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Initier le pilotage et le déploiement d'une démarche « Qualité de vie au travail » (QVT) au sein des organismes de formation (faculté de médecine, IFSI...).</li> <li>- Mise en place d'indicateurs d'évaluation de la QVT au sein de l'institution.</li> <li>- Inciter la pratique des stages hors du département. Afin de pérenniser le dispositif, acter des partenariats entre les établissements d'accueil et ceux de la région.</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil Régional</li> <li>• Ecoles et instituts paramédicaux de la région et des autres régions de la métropole</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etudiants en formation initiale</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de réunions tenues pour la démarche qualité globale inter-instituts et écoles</li> <li>• Nombre de conseils technique présidés</li> <li>• Nombre de conseils pédagogiques présidés</li> <li>• Taux d'absentéisme</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 2 : Réguler les flux d'entrée en formation initiale notamment pour les professions à forte densité</b></p>	
Description	
<p>Il s'agit de réguler les quotas des formations paramédicales et les numerus clausus des formations médicales.</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Université des Antilles</li> <li>• CRONDPS</li> <li>• Observatoire national de la démographie des professionnels de santé</li> <li>• Conseil régional</li> <li>• Bureau RH1 DGOS</li> <li>• ARS Guyane</li> <li>• ARS Martinique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etudiants en formation initiale</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'avis du Comité régional de l'observatoire national de la démographie des professions de santé rendus sur l'évolution des quotas et numerus clausus</li> <li>• Nombre d'avis obtenus du Conseil Régional pour la fixation des quotas paramédicaux</li> <li>• Nombre d'avis du Doyen obtenus pour la fixation des numerus clausus</li> <li>• Nombre d'avis obtenus des ARS Guyane et Martinique pour la fixation des numerus clausus</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 3 : Développer des formations ou filières d'accompagnement pour la formation de professionnels de santé rééducateurs en effectif insuffisant dans la région</b></p>	
Description	
<p>Il s'agit de promouvoir et accompagner l'ouverture de formations initiales dans les métiers paramédicaux en tension tels que les psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, ergothérapeutes, par une réflexion interrégionale. Lorsque l'ouverture de la formation n'est pas possible, il s'agirait alors de créer et renforcer une filière d'accompagnement d'étudiants pour leur formation en métropole, leur retour en stage et leur installation dans les territoires sous-denses définis comme sous-dense pour la profession pour laquelle ils ont été formés.</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Université des Antilles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etudiants en formation initiale</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• CRONDPS</li> <li>• ONDPS</li> <li>• Conseil régional</li> <li>• Bureau RH1 DGOS</li> <li>• ARS Guyane</li> <li>• ARS Martinique</li> </ul>	
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'actions pour l'accompagnement à la création de formation</li> <li>• Nombre de filières d'accompagnement à la formation créées</li> <li>• Nombre de maîtres de stages agréés sur la région par formation</li> <li>• Nombre d'étudiants qui reviennent faire leur stage dans la région dans le cadre de leur formation initiale</li> <li>• Nombre d'étudiants formés par filière chaque année</li> <li>• Nombre d'étudiants accompagnés qui reviennent s'installer dans la région</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 4 : Lancer et inscrire dans la durée une dynamique entre la Région, l'Université des Antilles, le rectorat, les acteurs de la santé et de l'emploi sur la question des emplois, des métiers, le développement des compétences et l'exercice professionnel</b></p>	
<b>Description</b>	
<p>Il s'agit de renforcer et amplifier la présence de l'ARS au côté de la Région dans la préparation, l'élaboration et l'exécution du Schéma régional des formations sanitaires et sociales, afin de permettre le déploiement du projet régional de santé.</p> <p>Il s'agit également de créer une « task force » et une dynamique de réflexion avec les acteurs concernés par la formation initiale et continue des professionnels de santé des champs sanitaire et médico-social. Cette instance partagerait l'analyse des besoins et des problématiques concernant les évolutions des professionnels. Elle s'appuierait sur les travaux de l'ONDPS et l'ORSAG.</p>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Université des Antilles</li> <li>• ORSAG</li> <li>• CRONDPS</li> <li>• ONDPS</li> <li>• Conseil régional</li> <li>• Bureau RH1 DGOS</li> <li>• ARS Guyane</li> <li>• ARS Martinique</li> <li>• DJSCS</li> <li>• URPS</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• OPCA</li> <li>• Fédérations des établissements publics et privés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etudiants en formation initiale</li> <li>• Professionnels de santé en formation continue</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'une « task force » avec les acteurs de la formation dans le secteur sanitaire et médico-social, et production de contributions aux décideurs</li> <li>• Meilleure couverture des besoins par les professionnels compétents</li> </ul>	

## Objectif 2 : Renforcer le maillage du territoire en offre de soins de premier recours en favorisant les pratiques pluridisciplinaires et coordonnées

⇒ **Objectif opérationnel 1 : Engager des actions visant à assurer un rééquilibrage de l'offre de soins de proximité et renforcer les dynamiques d'exercice pluridisciplinaire**

Finalité
Il s'agit en s'appuyant sur les acteurs locaux d'un territoire de favoriser la réalisation de projets innovants répondant aux besoins prioritaires locaux.
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Promouvoir le développement de structures d'exercice collectif</li> <li>▶ Projet 2 : Favoriser et soutenir la création des communautés professionnelles de santé (CPTS)</li> <li>▶ Projet 3 : Améliorer la coordination régionale de l'offre ambulancière</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une offre et des projets de santé portés par les MSP plus conforme aux besoins</li> <li>• Une amélioration des parcours de santé</li> <li>• Une collaboration plus lisible entre les différents professionnels du territoire</li> <li>• Une répartition plus équitable de l'offre ambulancière</li> </ul>

▶ <b>Projet 1 : Promouvoir le développement de structures d'exercice collectif</b>	
Description	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutenir la réalisation de diagnostic local (étude d'opportunité) par les acteurs locaux de santé ;</li> <li>- Créer un guichet unique d'accompagnement des professionnels dans la réalisation de leurs projets s'inscrivant dans les priorités locales et celles de l'ARS (maladies chroniques, cancers, obésité) et accompagner les professionnels qui souhaitent développer une MSP afin de :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des patients,</li> <li>- améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé</li> <li>- développer des actions locales de santé publique répondant aux priorités du PRS tout en facilitant les interventions des acteurs locaux présents sur le territoire.</li> </ul> </li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• URPS</li> <li>• Collectivités territoriales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecins généralistes, spécialistes libéraux</li> <li>• Sages-femmes libérales,</li> <li>• Infirmières libérales</li> <li>• Kinésithérapeutes</li> <li>• Pharmaciens</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de promoteurs de MSP accompagnés</li> <li>• Nombre de MSP installées</li> <li>• Nombre projets de santé réalisés dans les MSP installées.</li> <li>• Nombre de dossiers Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) instruits</li> <li>• Nombre de dossiers ACI acceptés</li> </ul>	
▶ <b>Projet 2 : Favoriser et soutenir la création des communautés professionnelles de santé (CPTS)</b>	
Description	
<p>A partir de diagnostics locaux sur des problématiques ciblées au choix des acteurs locaux de santé, mettre en place des CPTS autour d'un projet de santé qui prendra en compte en priorité les personnes les plus éloignées du système de soins et portera sur les priorités du PRS.</p> <p>Poursuivre le développement de la première CPTS inaugurée à Saint-Martin le 23 juin 2017, sur la base de son agrément initial (diabétologie) par la diversification de ses actions (HTA, obésité...)</p>	

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionnels de santé : médecins généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, sages-femmes, pharmaciens (et leurs organisations représentatives)</li> <li>• Etablissements et services de santé</li> <li>• Acteurs médico-sociaux et sociaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population d'un territoire ciblé</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carte de déploiement des CPTS validée avec les acteurs des territoires notamment URPS et établissements de santé et médico sociaux</li> <li>• Nombre de projets de CPTS mis en œuvre</li> </ul>	
▶ <b>ProjetProjet3 : Améliorer la coordination régionale de l'offre ambulancière</b>	
Description	
<p>Il s'agit de faire évoluer l'offre ambulancière pour une meilleure adaptation aux demandes (hospitalières et ambulatoires) en mettant en place une coordination régionale efficiente permettant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le vecteur de transport le plus adapté à l'état de santé du patient</li> <li>• un système de géolocalisation renforcé ;</li> <li>• un cahier des charges revisité et innovant en matière de sectorisation</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil Régional</li> <li>• Conseil départemental</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• ARS</li> <li>• ATSU</li> <li>• SAMU</li> <li>• ADGUPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de secteurs PDSA ayant bénéficié de la géolocalisation</li> <li>• Elaboration et mise en œuvre du cahier des charges</li> </ul>	



## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Faciliter les coopérations entre professionnels intervenant autour du patient

Finalité	
Il s'agit d'assurer une prise en charge globale et de proximité du patient et la fluidification de son parcours, ce qui nécessite une articulation efficace des intervenants sanitaires et médico-sociaux, à domicile ou en établissement, autour du patient.	
Projets structurants à 5 ans	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Consolider et développer la coordination entre les professionnels de santé de 1er recours et avec les établissements de santé et médico sociaux</li> <li>▶ Projet 2 : Développer les protocoles de coopération entre professionnels</li> </ul>	
Résultats attendus	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une meilleure adhésion et une meilleure coordination des acteurs locaux</li> <li>• Une graduation de l'offre de soins s'appuyant sur les complémentarités professionnelles médicales et paramédicales (appréciée au travers des protocoles de coopération,</li> <li>• Une collaboration plus lisible entre les différents professionnels du territoire</li> </ul>	
▶ Projet 1 : Consolider et développer la coordination entre les professionnels de santé de 1er recours et avec les établissements de santé et médico sociaux	
Description	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer l'appui aux professionnels de premier recours pour la définition de parcours de santé pour les situations complexes <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consolidation de la plateforme d'appui aux professionnels de santé : conforter la PTA en tant que structure unique de coordination à l'échelle du territoire global</li> <li>○ Convergence des dispositifs de coordination et d'appui aux parcours (MAIA/PTA notamment)</li> </ul> </li> <li>• Structurer les SI facilitant la coordination. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ En parallèle, il conviendra de développer l'accès au haut débit au sein des MSP / Centres de santé</li> </ul> </li> <li>• Développement d'applications de type plaies et cicatrisations qui faciliteraient le recours aux professionnels quel que soit l'état du patient.</li> <li>• Améliorer les liens entre ville et hôpital : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Avant la sortie des patients, élaborer la prescription, informer les IDEL, les médecins, etc.</li> <li>○ Améliorer les délais de transmissions des lettres et comptes rendus.</li> <li>○ Organiser les sorties d'hospitalisation avec les libéraux.</li> <li>○ Mise en place d'un dossier partagé ville hôpital (antécédents, traitements, etc.)</li> </ul> </li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements de santé</li> <li>• Conseil départemental</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• ARS</li> <li>• URPS</li> <li>• GCS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CPTS</li> <li>• PTA</li> <li>• Etablissements de santé</li> <li>• SSIAD</li> <li>• HAD</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publication du ROR</li> <li>• Nombre de parcours de soins internes aux établissements de santé</li> <li>• Etat d'avancement dossier patient régional</li> <li>• Formation des cases managers</li> <li>• Convention partenariat PTA, avec MAIA, PAERPA.</li> </ul>	
▶ Projet 2 : Développer les protocoles de coopération entre professionnels (article 51 de la loi HPST)	

Description	
L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain (inscrits à l'art. L. 4011-1 du Code de la santé publique), de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients. Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération transmis à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé, avant de le soumettre pour validation à la HAS	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• GCS e-santé Archipel 971</li> <li>• URPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecins généralistes, spécialistes libéraux</li> <li>• Sages-femmes libérales,</li> <li>• Infirmières libérales</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de protocoles de coopération signés</li> <li>• Nombre de patients pris en charge dans le cadre de ces protocoles</li> </ul>	

## ORIENTATION 3 : RENFORCER LA PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE ET LES INNOVATIONS EN VUE DE GARANTIR LA QUALITE, LA SECURITE DES SOINS ET L'EFFICIENCE DES PRISES EN CHARGE

### Objectif 1 : Optimiser les organisations, promouvoir et renforcer la structuration des filières de soins

#### ⇒ Objectif opérationnel 1 : Renforcer les coopérations non médicales entre établissements de santé

Finalité
La quasi-totalité des établissements publics de santé de l'île sont déficitaires. Le nombre d'habitants du territoire, la taille des établissements et la part importante des charges fixes expliquent en partie cette situation. Des synergies doivent être recherchées entre établissements pour les fonctions supports, afin de dégager des marges de fonctionnement pour les activités de soins. Une optimisation des organisations en interne mais aussi la gestion unique de fonctions communes à plusieurs établissements (achat, médicaments, linge, restauration, paie, etc.) sont aussi de nature à réduire les coûts et à renforcer les activités de soins à l'aide des moyens ainsi dégagés.
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Mettre en place une stratégie unique pour la fonction achat des établissements publics de santé</li> <li>▶ Projet 2 : Elargir le GCS pharmacie à tous les membres du Groupement hospitalier de territoire (GHT) sud Basse-Terre</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une utilisation plus efficace des ressources et des gains réalisés sur les achats</li> <li>• Respect du code des marchés publics</li> <li>• Structuration de la fonction achat au niveau des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) - Directions communes puis du territoire</li> </ul>

▶ <b>Projet 1 : Stratégie unique pour la fonction achat des établissements de santé</b>	
Description	
Les travaux conduits au niveau national dans le cadre du dispositif PHARE et la mise en place de groupement d'achats à l'image du RESAH Ile de France ont permis aux établissements qui s'y sont inscrits de réaliser de réelles économies. Dans le cadre du plan d'accompagnement des CHU des Antilles mis en place par le gouvernement, des travaux de structuration de la fonction achat de ces établissements seront réalisés avec l'aide d'experts nationaux, il convient que ces travaux profitent à tous les établissements publics du territoire. La mise en place des GHT constitue un puissant levier d'action vu qu'il instaure le transfert de la fonction achat à l'établissement support du GHT. Le plan d'actions mis en place au CHU devra prendre en compte le GHT Sud Basse-Terre pour, à terme, mettre en place un dispositif unique pour les achats, respectant l'identité de ses membres.	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements publics de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction des achats</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• RESAH Ile-de-France</li> </ul>	
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan d'actions décliné par établissement</li> <li>• Gain obtenu par établissement</li> <li>• Adhésion au RESAH Ile-de-France ou autre groupement national</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 2 : Elargissement du GCS pharmacie à tous les Etablissements de santé du GHT</b></p>	
<b>Description</b>	
<p>Dans un contexte archipélagique, les médicaments et dispositifs médicaux constituent des éléments stratégiques pour la prise en charge de la population. L'éloignement de l'hexagone et les délais de livraison qui en découlent imposent une gestion particulière de ce poste. La mutualisation de cette gestion est indispensable déjà entre tous les membres du GHT en continuant à associer l'EPSM de Guadeloupe et, peut-être à terme, en mutualisant cette gestion entre tous les établissements de santé de la Région.</p> <p>L'enjeu étant de renforcer la disponibilité des médicaments sur place, donc d'améliorer la prise en charge des patients. Cette mutualisation sera aussi génératrice d'économies qui pourraient, en fonction des situations, être réinjectées dans les activités de soins.</p>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements de santé du GHT Sud Basse-Terre et EPSM de Guadeloupe</li> <li>• Autres établissements publics de santé de Guadeloupe</li> <li>• ARS</li> <li>• Pharmacie hospitalière</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avenant convention constitutive du GCS pharmacie</li> <li>• Nombre de signalements de rupture de stocks ou difficultés d'approvisionnement en médicament</li> </ul>	

## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Renforcer la structuration des filières de soins

La structuration des filières de soins facilitera l'organisation des parcours de soins des patients sur le territoire et en dehors entre les différents niveaux de prise en charge. Elle permet aussi de fixer les attentes et objectifs pour chaque niveau de la filière, voire de spécialiser certains sites.

- Sous objectif 1 : Améliorer la structuration des filières médicales
- Sous objectif 2 : Faciliter l'accès aux différentes spécialités chirurgicales
- Sous objectif 3 : Formaliser les modalités de coopération en le CHU et le CHBT pour la filière mère-enfant
- Sous objectif 4 : Développer la prise en charge en gériatrie
- Sous objectif 5 : Conforter l'organisation de la prise en charge en cancérologie
- Sous objectif 6 : Accompagner le développement de l'imagerie

### ⇒ Sous objectif 1 : Améliorer la structuration des filières médicales

<b>Finalité</b>
L'organisation des filières médicales devrait permettre d'assurer la permanence des soins sur le territoire et de définir les missions de chaque structure dans la prise en charge du patient. De même l'identification des spécialités orphelines est indispensable pour l'organisation du parcours du patient.
<b>Projets structurants à 5 ans</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>► Gastroentérologie</li> <li>► Pneumologie</li> <li>► Cardiologie</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Diabétologie</li> <li>▶ Neurologie</li> </ul>
<b>Résultats attendus</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Permanence des soins territoriale effective</li> <li>➔ Conventions de partenariats permettant de structurer le parcours du patient au sein de filières médicales</li> </ul>

<b>▶ Projet 1 : Filière gastroentérologie</b>	
<b>Description</b>	
<p>Le premier niveau de prise en charge est assuré à Pointe-à-Pitre, Basse-Terre et Saint-Martin. Les gestes spécialisés sont effectués à Pointe-à-Pitre (CHU) et à Basse-Terre (CMS). Par contre, l'astreinte d'endoscopie digestive n'est pas organisée. Toutes les demandes de prise en charge des urgences digestives reposent sur l'équipe du CHU qui ne dispose pas des moyens suffisants pour répondre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'une PDES unique pour les urgences digestives</li> <li>- Organisation du retour rapide au CHBT des patients de la Basse-Terre</li> <li>- Incitation au développement de l'endoscopie interventionnelle</li> <li>- Définition du circuit patient d'endoscopie digestive hors urgence</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CHU</li> <li>• CHBT</li> <li>• CH Saint-Martin</li> <li>• Clinique Médicosociale</li> <li>• Clinique des Eaux Claires</li> <li>• Gastroentérologue libéraux</li> <li>• ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PDES endoscopie digestive</li> <li>• Circuit patient d'endoscopie digestive</li> <li>• Nombre de patients de Basse-Terre transféré au CHBT après endoscopie</li> </ul>	
<b>▶ Projet 2 : Filière pneumologie</b>	
<b>Description</b>	
<p>L'intégralité de l'activité hospitalière dans cette discipline est assurée par le CHU, le privé assurant la prise en charge des patients chroniques (asthme et apnées du sommeil). Par contre le développement de l'activité de pneumologie est freiné par l'absence de chirurgie thoracique en Guadeloupe ainsi que par l'insuffisante capacité d'accueil en SSR spécialisé (les patients trachéotomisés sont souvent rejetés)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement d'une coopération régionale avec la Martinique permettant la prise en charge en chirurgie thoracique sur les deux îles, ainsi qu'avec un établissement de santé hexagonal.</li> <li>- Mise en place de lits d'aval spécialisés tant en SSR qu'en HAD afin d'améliorer la fluidité du parcours ;</li> <li>- Déploiement de la télémédecine afin de faciliter l'accès aux soins pneumologiques pour les patients éloignés des sites spécialisés (les îles, le Nord Grande-Terre, la Basse-Terre)</li> <li>- Organisation d'un circuit patient de pneumologie coordonnant prise en charge initiale et soins de suite ;</li> <li>- Accompagnement de la mise en place de RCP pluriprofessionnelles intégrant les spécialistes ;</li> <li>- Accroissement de la chance des patients en organisant la double lecture en anatomopathologie et l'accès à la caméra TEP</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CHU</li> <li>• CHUM</li> <li>• ARS 971 et 972</li> <li>• Spécialistes libéraux</li> <li>• Assurance Maladie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients</li> </ul>

Indicateurs de mise en œuvre
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conventions de partenariat</li> <li>• Circuit formalisé</li> <li>• Nombre de lits ou de places aval identifiés</li> </ul>
Projet 3 : Filière cardiologie
Description
<p>L'activité de cardiologie est très impactée par l'incendie du CHU. Ce dernier a mis en évidence la fonction de relai du CHBT et la nécessité de réajuster dès maintenant le capacitaire.</p> <p>Aujourd'hui, et à maintenir pour l'avenir dans l'attente de la construction du nouveau CHU :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CHBT : 8 lits d'USIC, 4 lits de surveillance continue (USC) et 20 lits de conventionnels</li> <li>• CHU 12 USIC et 8 USC et 28 lits conventionnels</li> </ul> <p><b>Syndrome coronaire aigu</b> : 3 établissements : CHU, CHBT, CH de Saint-Martin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CHU centre recours pour la cardiologie interventionnelle coronarienne.</li> <li>• Renforcement de la salle technique du CHU,</li> <li>• Amélioration de la fluidité avec Saint-Martin</li> <li>• Renforcer les actions visant à éduquer la population pour limiter le recours tardif des patients à la filière de soins et à la réalisation de l'angioplastie</li> </ul> <p><b>Imagerie coronaire diagnostic</b> : 3 établissements : CHU, CHBT, CH de Saint-Martin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place du coronaro-scan à Basse-Terre afin de permettre la réalisation de l'examen sur les trois sites hospitaliers.</li> <li>• Installation d'une IRM cardiaque sur le territoire de la Basse terre. Module cardiologie à financer sur l'IRM privée ou nouvelle autorisation sur la Basse-Terre. IRM mobile éventuellement.</li> </ul> <p><b>Réadaptation coronarienne et de l'insuffisance cardiaque</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CHBT centre de référence Rééducation cardiaque (10 places et 10 lits),</li> <li>• Création d'une antenne en Grande Terre ou à Saint-Martin. L'établissement juridique resterait unique le CHBT.</li> </ul> <p><b>Rythmologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge de la bradycardie au CHU et au CHBT pour les poses de pace maker (BAV) de base, geste d'urgence</li> <li>• Rythmo-électrophysiologie : activité programmée au CHBT.</li> <li>• CHBT centre de référence et de recours</li> <li>• Mise en place de consultations avancées pour la population des îles (notamment les Iles du Nord) sur le contrôle des piles et DAI ainsi que la télésurveillance.</li> <li>• Envisager la création d'une équipe territoriale.</li> </ul> <p><b>Cardiologie-pédiatrique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveau 1 : Centre recours : Necker enfants malades pour la cardiologie congénitale</li> <li>• Niveau 2 : Coordination de la filière Antilles Guyane est assurée par le CHUM (Dr LUCRON et Dr BRATT).</li> <li>• Niveau 3 : CHU et CHBT pour les consultations</li> <li>• À noter un troisième cardiopédiatre au CHUG pour la cardiologie foetale avec proposition d'une organisation territoriale avec validation de protocoles communs de prise en charge</li> <li>• Mise en place de consultations avancées pour la population des Iles du Nord.</li> </ul> <p><b>Insuffisance cardiaque</b></p> <p>CHU 3000 patients par an et 1500 à Basse-Terre vus aux Urgences.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptation du PRADO existant</li> </ul>

- Nécessité de création d'un DU sur l'insuffisance cardiaque en raison de la pénurie de cardiologues en Guadeloupe pour les médecins.
- Intégration de ce public dans le réseau HTA GWAD éventuellement, développement de l'ETP insuffisance cardiaque en hôpital de jour.
- Mise en place d'une formation au profit des paramédicaux en y intégrant les infirmiers libéraux

**Démographie – recherche – formation**

- Proposer des postes d'assistants mutualisés
- Développer des postes d'internes de territoire et de praticiens hospitaliers de territoire
- Collaboration à développer entre les sites pour des actions de recherche
- Jumelage avec des centres expert
- Organisation du regroupement des DES une à deux fois par an de l'inter région, regroupement pour la formation en Martinique (prévoir le financement des déplacements)

**Télécommunication - télémédecine**

- Tendre vers la Mise en place d'un Dossier patient unique
- Télésurveillance et télé staff à développer
- Médecine vasculaire à relancer
- Développer la thrombolyse AVC au CHBT
- Promouvoir la médecine vasculaire interventionnelle.
- Mise en œuvre de RCP vasculaires

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CHU</li> <li>• CHBT</li> <li>• CH Saint-Martin</li> <li>• Professionnels libéraux</li> <li>• SDIS</li> <li>• SAMU</li> <li>• ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients</li> </ul>

**Indicateurs de mise en œuvre**

- PDSES endoscopie digestive
- Circuit patient d'endoscopie digestive
- Nombre de patients de Basse-Terre transféré au CHBT après endoscopie

**Projet 4 : Filière diabétologie**

**Description**

Le diabète es l'une des maladies chroniques la plus importante sur le territoire, elle représente la première cause d'admission au sein des établissements de santé (près de 30%). Une mobilisation générale (prévention, ambulatoire, hospitalier, ETP) et importante est nécessaire pour faire régresser cette pathologie localement. Les actions suivantes non exhaustives sont mises en exergue :

- Renforcement de l'accès à la télémédecine notamment pour les consultations pied diabétique, et mise en place de l'utilisation d'objets connectés (voir aussi orientation 6 du SRS).
- Développement des prises en charge en imagerie interventionnelle, pour les nodules par exemple ;
- Renforcement du travail collaboratif, staffs communs, RCP, CPTS, dispositif AZALEE protocoles de suivi communs en lien avec des spécialistes
- Développement de la prise en charge des obèses : acquisitions d'équipements spécifiques.
- Accentuation de la prévention secondaire à destination des personnes diabétiques

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements de santé</li> <li>• Médecine de ville</li> <li>• GCS e-santé Archipel 971</li> <li>• Professionnels de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients diabétiques</li> <li>• Associations de patients diabétiques</li> <li>• Familles et proches de patients diabétiques</li> <li>• Personnes obèses</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• CPTS de Saint-Martin</li> </ul>	
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objets connectés déployés</li> <li>• Protocoles de coopération signés</li> <li>• Actions de prévention secondaire</li> </ul>	
▶ <b>Projet 5 : Filière neurologie</b>	
<b>Description</b>	
<p>La filière neurologie a organisé depuis plusieurs années la prise en charge de l'AVC en utilisant la télémédecine pour les îles du Nord, voire la Basse-Terre. Les indicateurs de délais de prise en charge se sont sensiblement améliorés. Néanmoins les actions suivantes sont à conduire pour améliorer les prises en charge au sein de la filière sur l'ensemble du territoire de l'ARS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement de l'organisation des structures d'accueil pour les phases aigües ainsi que des structures de rééducation (AVC)</li> <li>- Formaliser et consolider la permanence des soins en imagerie dans les Iles du Nord</li> <li>- Organiser l'accès à l'IRM en permanence sur la Basse-Terre.</li> <li>- Développer l'accès aux formations de radiologie interventionnelle.</li> <li>- Poursuivre le développement de la télémédecine.</li> <li>- Conforter le CHU comme centre de référence pour le Parkinson et favoriser la recherche sur les maladies neuro-dégénératives</li> <li>- Conforter le CHU comme centre de référence pour les consultations mémoire à labelliser</li> <li>- Développer une vraie filière patients cérébraux-lésés</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements de santé</li> <li>• ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- PDSSES imagerie</li> <li>- Dispositif dédié de télémédecine</li> <li>- Labellisation consultation mémoire</li> <li>- Nombre de radiologues formés</li> </ul>	

### ⇒ **Sous objectif 2 : Faciliter l'accès aux différentes spécialités chirurgicales**

<b>Finalité</b>
<p>La chirurgie s'est fortement spécialisée ces dernières années, avec l'apparition de sur spécialistes en nombre restreint, étant donnée la complexité de leur exercice et le volume de patients concernés. Néanmoins l'accès aux spécialistes, voire aux sur spécialistes doit être organisé afin d'offrir une chance maximale aux patients. Dans ce domaine, il est encore plus important de déployer des coopérations locales, inter-régionales, voire avec des établissements hexagonaux.</p>
<b>Projets structurants à 5 ans</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Projet 1 : Renforcement de la coopération Guadeloupe / Martinique</b></li> <li>▶ <b>Projet 2 : Renforcer l'accès aux soins chirurgicaux spécialisés pour les personnes éloignées des lieux d'exercice des spécialistes</b></li> </ul>
<b>Résultats attendus</b>
<p>→ Une amélioration de l'accès aux soins chirurgicaux spécialisés, structuré dans le cadre de filières</p>

▶ <b>Projet 1 : Renforcement de la coopération Guadeloupe / Martinique</b>
<b>Description</b>



La chirurgie thoracique, activité indispensable sur le territoire, tant au regard du nombre d'évènements violents (accidents de la route, blessures par armes, etc.) que pour le développement de certaines activités (ex. Pneumologie) ou la prise en charge de certains cancers n'est pas assez développée sur le territoire régional. Une coopération renforcée se traduisant par les actions suivantes apparait donc nécessaire :

- Création d'un service de chirurgie thoracique commun au CHU et au CHUM avec un fonctionnement identique et des interventions chirurgicales sur les deux sites. Leur maintien est nécessaire au vu du volume d'activité possible sur chaque site, mais il serait judicieux de trouver une spécificité à chacun
- Identification d'une unité de chirurgie thoracique disposant de ses lits et d'un créneau opératoire hebdomadaire hors urgence.

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CHU</li> <li>• CHBT</li> <li>• CHUM</li> <li>• ARS971</li> <li>• ARS972</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients atteints de cancers du poumon</li> <li>• Tout patient nécessitant de la chirurgie thoracique</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convention de partenariats entre le CHU et le CHUM</li> <li>• Nombre de chirurgiens thoraciques au CHU</li> </ul>	
<p>➤ <b>Projet 2 : Renforcer l'accès aux soins chirurgicaux spécialisés pour les personnes éloignées des lieux d'exercice des spécialistes</b></p>	
<b>Description</b>	
<p>L'accès aux soins d'une manière générale et aux soins spécialisés en particulier sont des préoccupations constantes de l'Agence de Santé. Les collaborations favorisant cet accès aux soins seront accompagnées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement des consultations avancées à Basse-Terre et Saint-Martin avec possibilité de réalisation de certains gestes chirurgicaux sur place.</li> <li>- Déploiement de la télémédecine pour les différentes spécialités sur les autres sites, en complément ou non des consultations avancées</li> <li>- Accompagnement de la spécialisation du CHBT, ce qui renforcerait son attractivité</li> <li>- Renforcement de la coopération CHU – CHBT pour l'utilisation des blocs opératoires.</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CHU</li> <li>• CHBT</li> <li>• CH Saint-Martin</li> <li>• ARS971</li> <li>• Médecine de ville</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les patients nécessitant des soins chirurgicaux</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convention de partenariats entre le CHU et le CHBT</li> <li>• Nombre d'actes réalisés par les chirurgiens du CHU sur les sites distants.</li> </ul>	

⇒ **Sous objectif 3 : Formaliser les modalités de coopération entre le CHU et le CHBT pour la filière mère-enfant**

Finalité
<p>Depuis quelques années, on note une baisse continue du nombre de naissances. L'activité du CHBT ne justifie pas le maintien d'un niveau 3 à Basse-Terre ; une maternité de niveau 2 répondrait aux besoins de la population de ce bassin. Néanmoins, la situation générée par l'incendie du CHU, impose la disponibilité permanente d'équipements de très haut niveau sur ces deux sites afin de pouvoir faire face à d'éventuelles</p>

crises qui handicaperaient un des deux établissements. Quel que soit le niveau de la maternité du CHBT, le site disposera d'un équipement de niveau 3 facilitant le déploiement des professionnels et la prise en charge des enfants nécessitant ce niveau d'équipements.

#### Projets structurants à 5 ans

- ▶ **Projet 1 : Mise en place d'une coopération accentuée pour l'activité mère-enfant du CHU et du CHBT**

#### Résultats attendus

- ➔ Formaliser la coopération entre le CHU et le CHBT pour garantir un accès à un niveau de prise en charge pertinent ; structurer l'accès à une prise en charge de niveau 3 en cas de besoin

- ▶ **Projet 1 : Mise en place d'une coopération accentuée pour l'activité mère – enfant du CHU et du CHBT**

#### Description

La coopération qui existe entre les équipes médicales de ces deux établissements et qui s'est renforcée avec la crise doit être formalisée.

- Création d'une Fédération médicale Inter hospitalière pour la prise en charge de la mère et de l'enfant au sein de ces deux établissements
- Adaptation du niveau 2 du CHBT en fonction des besoins de la population et du résultat des travaux en cours
- Maintien sur le site du CHBT des équipements permettant une prise en charge de niveau 3 en cas de crise.
- Intervention des professionnels sur les deux sites selon des modalités à définir entre les différentes parties.

#### Acteurs concernés

- CHU
- CHBT
- ARS971
- Médecine de ville
- SAMU 971
- Assurance Maladie
- Réseau Périnatalité
- Conseil Départemental (PMI)

#### Population cible

- Nouveaux nés
- Parturientes

#### Indicateurs de mise en œuvre

- Convention de partenariat entre le CHU et le CHBT
- Nombre d'actes réalisés par les acteurs sur le site partenaire
- Convention constitutive ou autre document matérialisant la création de la structure de coopération
- Charte de fonctionnement
- Protocoles de prise en charge des nouveaux nés et des mères harmonisés entre les deux établissements
- Nombre de jours d'intervention des professionnels médicaux hors de leur site de rattachement

### ⇒ **Sous objectif 4 : Développer la prise en charge en gériatrie**

#### Finalité

La Guadeloupe, l'une des régions les plus jeunes de France en ce moment, se retrouvera parmi les régions les moins jeunes à l'horizon de 2040. L'offre de soins doit dès maintenant commencer à s'adapter à cette évolution significative du public qui sera accueilli dans moins de deux décennies. L'objectif à atteindre au cours des 5 prochaines années est la meilleure structuration de la prise en charge des personnes âgées.

Projets structurants à 5 ans	
▶	Projet 1 : Structuration de la prise en charge médicale des personnes âgées
Résultats attendus	
→	Structuration d'un parcours de prise en charge des personnes âgées au sein d'une filière gériatrique

▶ <b>Projet 1 : Structuration de la prise en charge médicale des personnes âgées</b>	
Description	
<p>La filière gériatrique en est à ses prémises, le court séjour gériatrique n'est pas encore en place. Par contre le territoire est entièrement couvert en service de soins infirmiers à domicile et dispose d'un nombre d'EHPAD et d'USLD satisfaisant. Les actions de structuration retenues sont donc :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Mise en place du court séjour gériatrique</b> et des formations adaptées pour les équipes de soins à domicile et les personnels non soignants intervenant auprès des personnes âgées.</li> <li>- <b>Développement de l'évaluation gériatrique standardisée</b> tant à l'hôpital qu'à domicile en favorisant la prise en charge globale de la personne âgée.</li> <li>- Amélioration de la prise en charge de l'urgence chez la personne âgée en <b>développant des équipes mobiles en lien avec les USLD, les HAD et les EHPAD</b>, ainsi qu'en déployant la télémédecine dans ces derniers.</li> <li>- <b>Accompagnement de la mise en œuvre des orientations du plan régional maladie neurodégénérative.</b></li> <li>- <b>Meilleure information des acteurs sur les risques d'iatrogénie et situations à risques</b> pouvant entraîner un déclin accéléré.</li> <li>- <b>Création d'une Unité Cognitivo-comportementale (UCC)</b></li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CHU</li> <li>• Autres établissements de santé</li> <li>• ARS971</li> <li>• GCS e-santé, archipel 971</li> <li>• SSIAD</li> <li>• HAD</li> <li>• EHPAD</li> <li>• Collectivités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes âgées</li> <li>• Les personnes dépendantes</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unité de court séjour gériatrique opérationnelle</li> <li>• Nombre d'évaluation gériatrique réalisée</li> <li>• Equipement de télémédecine déployé dans les EHPAD</li> <li>• Existence et fonctionnement d'une Unité Cognitivo-comportementale</li> </ul>	

⇒ **Sous objectif 5 : Conforter l'organisation de la prise en charge en cancérologie**

Finalité
<p>L'offre de soins en cancérologie s'étoffe en cette année 2018 avec l'installation de la première caméra TEP et le démarrage de l'activité du cyclotron. Le territoire bénéficiera ainsi d'une capacité accrue pour le diagnostic des cancers et la mise en œuvre des protocoles thérapeutiques. Avec l'ouverture sur la Caraïbe et l'accueil des patients de Martinique, une deuxième caméra sera nécessaire assez rapidement. Deux objectifs structurants pour les 5 prochaines années se dessinent donc :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conforter l'organisation de la prise en charge ;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Favoriser l'accès aux soins et la diversification des modalités de traitements, notamment à domicile</li> </ul>
<b>Projets structurants à 5 ans</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Conforter l'organisation de la prise en charge</li> <li>▶ Projet 2 : Renforcer l'accès aux soins et développer les alternatives à l'hospitalisation complète en cancérologie</li> </ul>
<b>Résultats attendus</b>
→ Amélioration du parcours de prise en charge en cancérologie

<b>▶ Projet 1 : Conforter l'organisation de la prise en charge</b>	
<b>Description</b>	
<p>Afin de poursuivre l'amélioration de l'organisation de la prise en charge des personnes atteintes de cancer, il convient de conduire les actions suivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'une organisation favorisant l'accès à la formation continue ;</li> <li>- Développement et généralisation du dispositif d'annonce.</li> <li>- Renforcement du partage d'expériences et de pratiques professionnelles en accompagnant la mise en place de RCP inter établissement</li> <li>- Amplification de l'incitation des médecins traitants au dépistage.</li> <li>- Mise à disposition des dispositifs de télésanté (télé staff, télé expertise, télé consultation, etc.)</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements de santé</li> <li>• ARS971</li> <li>• GCS e-santé, archipel 971</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• URPS médecins libéraux</li> <li>• Ligue contre le cancer</li> <li>• 3C</li> <li>• Karukéra Onco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes atteintes de cancer</li> <li>• Associations de patients</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage de personnes ayant bénéficié du dispositif d'annonce</li> <li>• Nombre de RCP réalisées</li> <li>• Nombre de professionnels par année ayant bénéficié d'une formation</li> </ul>	
<b>▶ Projet 2 : Renforcer l'accès aux soins et diversification des modes de traitements</b>	
<b>Description</b>	
<p>Eu égard au nombre limité de structures de traitement du cancer, au nombre limité de cancérologues hospitaliers, au développement de chimiothérapies mieux tolérées, à l'avènement des traitements dits de support, il est nécessaire de développer des structures de prise en charge ambulatoire.</p> <p>Sur les cinq années à venir, il convient de conduire les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement des équipements de radiothérapie</li> <li>- Organisation de la Chimiothérapie à Saint-Martin, au profit des patients des îles du Nord, en partenariat avec un établissement de santé de Guadeloupe</li> <li>- Développement de la chimiothérapie à domicile en lien avec les établissements disposant d'une autorisation de traitement du cancer, selon des modalités à définir.</li> <li>- Déploiement de l'éducation thérapeutique du patient atteint de cancer.</li> <li>- Prise en compte des aspects sociaux des populations des îles prises en charge en Guadeloupe</li> <li>- Développer les structures de prise en charge ambulatoire : hôpital de jour, hôpital de semaine</li> <li>- Faciliter les prises en charge à domicile,</li> <li>- Promouvoir l'accès à des solutions d'hébergement adaptées à l'évolution des prises en charge</li> </ul>	

- Renforcer l'offre en soins palliatifs notamment les unités mobiles en soins palliatifs intervenant hors les murs.	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements de santé</li> <li>• ARS971</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• URPS médecins libéraux</li> <li>• Ligue contre le cancer</li> <li>• 3C</li> <li>• Karukéra Onco</li> <li>• HAD</li> <li>• URPS IDE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes atteintes de cancer</li> <li>• Associations de patients</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de chimiothérapies administrées à Saint-Martin</li> <li>• Nombre de chimiothérapies à domicile</li> <li>• Nombre de patients ayant bénéficié d'une session d'éducation thérapeutique</li> <li>• Développement de conventions de partenariats entre établissements</li> </ul>	

### ⇒ **Sous objectif 6 : Accompagner le développement de l'imagerie**

Finalité
La démographie médicale en matière de radiologues au sein des établissements de santé publics est très déficitaire. Cette rareté est à l'origine en partie de délais de prise en charge relativement longs, mais aussi de difficultés pour la réalisation optimale de la permanence des soins. La mise en place du GCS imagerie regroupant des acteurs libéraux et hospitaliers constitue une réponse appropriée. Il convient aussi d'accompagner le développement de cette activité.
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Accompagner le développement et la diversification de l'activité d'imagerie médicale</li> <li>▶ Projet 2 : Créer un GCS imagerie, voire un Plateau d'Imagerie Mutualisé (PIM)</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Renforcement de l'attractivité du territoire pour les radiologues</li> <li>→ Amélioration de la permanence des soins</li> <li>→ Renforcement de l'accès à l'imagerie médicale</li> </ul>

Projet 1 : Accompagner le développement et la diversification de l'activité d'imagerie médicale
Description
<p>Dans le cadre de ce projet, il s'agira de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incitation au développement de la radiologie interventionnelle : embolisation, endovasculaire, hernie discale, orthopédie, etc.)</li> <li>- Adaptation du parc d'équipements aux évolutions de la structure de la population (localisation, degré de vieillissement, obésité, etc.) ainsi que des modalités de prise en charge.</li> <li>- Renforcement de la télé-imagerie et de la télé-radiologie au niveau régional et extra régional avec des centres de référence.</li> <li>- Amélioration de la réponse aux besoins de la population en matière d'imagerie, notamment pour les pathologies les plus fréquentes (cancer du sein et de la prostate, etc.)</li> <li>- Renforcement de la prise en compte des aspects sociaux des populations des îles prises en charge en Guadeloupe</li> </ul>

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Etablissements de santé</li> <li>ARS971</li> <li>Assurance Maladie</li> <li>URPS médecins libéraux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patients</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de chimiothérapies administrées à Saint-Martin</li> <li>Nombre de chimiothérapies à domicile</li> <li>Nombre de patients ayant bénéficié d'une session d'éducation thérapeutique</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 2 : Créer un GCS imagerie, voire un Plateau d'Imagerie Mutualisé (PIM)</b></p>	
<b>Description</b>	
<p>Avec le développement rapide de l'imagerie médicale, la spécialisation croissante des pratiques médicales, les évolutions permanentes des équipements et la rareté du nombre de radiologues notamment en imagerie interventionnelle, il convient de mettre en place une approche innovante qui rendrait attractif l'exercice pour les professionnels et élargirait les modes de prise en charge des patients.</p> <p>Bien que l'hôpital puisse souvent disposer d'équipements modernes, il demeure peu attractif pour les professionnels de l'imagerie. La <b>création d'une structure de coopération composée d'hôpitaux et de radiologues</b>, qui offrirait une certaine liberté d'organisation aux professionnels tout en mettant à disposition les équipements selon des modalités à définir répondrait mieux aux attentes des professionnels.</p> <p>Cette structure qui peut prendre la forme d'un GCS ou d'un PIM renforcerait l'attractivité de l'hôpital, faciliterait la réalisation de la permanence des soins, ainsi que le recrutement de professionnels très spécialisés.</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Spécialistes en imagerie</li> <li>URPS médecins libéraux</li> <li>Etablissements de santé</li> <li>ARS</li> <li>Assurance Maladie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patients</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Réduction délai d'attente pour les demandes d'imagerie</li> <li>Convention constitutive du GCS ou du PIM</li> <li>PDSA imagerie assurée localement</li> <li>Nombre d'adhérents à la structure de mutualisation</li> </ul>	

## Objectif 2 : Améliorer l'efficacité et la performance des établissements de santé et renforcer la qualité, la pertinence et la sécurité des soins et des accompagnements

Finalité	
<p>La recherche de l'efficacité et de la performance sont des préoccupations constantes des Directions d'établissement. Celle-ci ne se fait pas au détriment de la qualité des soins, mais au contraire participe à l'amélioration continue et globale de la qualité.</p> <p>La qualité et la sécurité des soins font partie des attentes majeures de l'utilisateur. La confiance en l'établissement de santé et son attractivité résultent en partie de la qualité et de la sécurité des soins dispensés.</p> <p>Afin de mieux évaluer la qualité des prises en charge, la HAS a fait évoluer son dispositif d'évaluation. Les évaluations se font en continu et la notion de patients traceurs est intégrée au dispositif afin d'apprécier le niveau de qualité, de sécurité et de pertinence des soins sur l'ensemble des étapes du parcours du patient. Plusieurs outils sont à la disposition des établissements, plus particulièrement le programme de gestion du risque et le CPOM (contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens).</p>	
Projets structurants à 5 ans	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Renforcer les dialogues de gestion avec les établissements de santé</li> <li>▶ Projet 2 : Soutenir les établissements dans leur programme d'amélioration de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins</li> </ul>	
Résultats attendus	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleure maîtrise des dépenses</li> <li>• Amélioration du fonctionnement interne (réduction des plaintes et des conflits).</li> <li>• Réduction de l'absentéisme</li> <li>• Augmentation de l'activité</li> <li>• Niveau de certification</li> <li>• Inscription de l'établissement dans le plan d'action pertinence des soins</li> </ul>	
▶ Projet 1 : Renforcer les dialogues de gestion avec les établissements de santé	
Description	
<p>Il convient de développer la culture du dialogue de gestion au moins deux fois par an avec les principaux établissements. Ce rythme est adapté en fonction de la situation des établissements. Ces dialogues de gestion permettent de prendre connaissance des projets de l'établissement et de ses difficultés.</p> <p>Le programme régional de gestion du risque intègre un certain nombre d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs facilitant le suivi de l'amélioration de l'efficacité et de la performance des établissements de santé.</p> <p>Parallèlement, dès l'approbation du PRS, une campagne de négociation des CPOM sera conduite avec tous les établissements de santé. L'objectif étant de fixer les objectifs de chacun, de sorte qu'ensemble ils permettent d'atteindre les objectifs régionaux.</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements publics de santé</li> <li>• ARS</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• DRSM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction des établissements</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan d'actions décliné par établissement</li> <li>• Gain obtenu par établissement</li> <li>• CPOM signés</li> </ul>	
▶ Projet 2 : Soutenir les établissements dans leur programme d'amélioration de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins	
Description	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'un suivi régulier des établissements qui sont difficilement certifiés, notamment à travers leur plan d'actions</li> <li>- Elaboration, chaque année, du plan pertinence des soins spécifique à nos territoires</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements publics de santé</li> <li>• ARS</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• DRSM</li> <li>• CME</li> <li>• HAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction des établissements</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
Plan d'actions décliné par établissement	

Document soumis à consultation



## Objectif 3 : Améliorer la coordination des acteurs autour du patient

### ⇒ Objectif opérationnel 1 : Outiller les professionnels pour garantir un accès partagé aux informations patient

Finalité
<p>Il convient d’implanter un dispositif à usage collaboratif de télésanté ouvert aux professionnels de ville. L’installation d’un établissement de services numériques en santé dont la télémédecine en Grande-Terre et à Basse-Terre constitue une première réponse sur le territoire. Ce dispositif sera aussi stratégique, dans la mesure où il offrira, à la médecine de ville des bassins concernés, en permanence, l’accès à des outils fiables, dans un lieu sécurisé avec un débit satisfaisant.</p> <p>Par ailleurs, les catastrophes que nous avons connues en 2017 ont mis en évidence avec une acuité renforcée la nécessité de partager les informations du patient de manière structurée, c'est-à-dire à travers un dossier patient informatisé. La circulation de l’information du patient est primordiale pour garantir une prise en charge respectant les exigences de qualité et de sécurité des soins</p>
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Mettre en place d’un DPI unique au niveau régional</li> <li>▶ Projet 2 : Créer un établissement de services numériques en santé</li> <li>▶ Projet 3 : RESTe, Régulation des Evacuations Sanitaires par Télémédecine</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Une amélioration des outils de partage d’informations pour des prises en charge coordonnées autour du patient</li> <li>→ Mise en place des outils permettant de garantir ce partage</li> </ul>

▶ <b>Projet 1 : Mettre en place un DPI unique au niveau régional</b>	
Description	
<p>Le premier Projet prendra la forme suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mise en place d’un Dossier Patient Informatisé régional</li> <li>○ En mode hébergé mais garantissant un fonctionnement autonome en cas de rupture de communication avec le site d’hébergement HDS</li> <li>○ Multi-entité juridique</li> <li>○ GHT compatible</li> <li>○ Intégré aux plateaux techniques des établissements</li> <li>○ Intégré aux filières administratives des établissements et/ou au serveur d’identité régional</li> <li>○ Respectant le cadre d’interopérabilité régional (XDS, MSS, annuaire des professionnels, ...)</li> <li>○ Pouvant alimenter les filières de parcours de soins régional et autre dossiers informatisés dévolus à l’ouverture de l’offre de soins vers la caraïbe.</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les acteurs de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients de Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy ainsi que les patients de la Caraïbe</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation de la capacité d’hébergement des data-centers du GCS</li> <li>• Augmentation de la capacité réseau</li> <li>• Pilotage et recrutement d’une équipe de déploiement régional</li> <li>• DPI mis en œuvre</li> </ul>	
▶ <b>Projet 2 : Création d’un établissement de services numériques en santé</b>	
Description	
<p>Mise à disposition d’un espace dédié, dans un lieu accessible, au stationnement aisé, permettant aux professionnels de ville d’effectuer toutes les opérations de télésanté. Cet espace accueillant permettra la</p>	

<p>venue de plusieurs professionnels en même temps, le partage d'expertises, la tenue de visioconférence, etc. Il sera aussi ouvert aux hospitaliers de sorte que les échanges entre la ville et l'hôpital soient facilités. Il disposera d'un call center qui, dans une logique de case management de la e-santé, assurera la gestion des parcours des patients nécessitant un avis par le biais de la télémédecine du fait de leur difficulté d'accès aux soins en raison de leur éloignement notamment.</p>	
<p><b>Acteurs concernés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• GCS e-santé Archipel 971</li> <li>• URPS</li> </ul>	<p><b>Population cible</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecins généralistes, spécialistes libéraux</li> <li>• Sages-femmes libérales,</li> <li>• Infirmières libérales</li> </ul>
<p><b>Indicateurs de mise en œuvre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de téléconsultations</li> <li>• Nombre de consultations réalisées par spécialité</li> <li>• Nombre de médecins utilisant l'espace</li> <li>• Lieux de vie des patients sollicitant une téléconsultation</li> <li>• Nombre de cabines de télémédecine installées</li> <li>• Nombre projets réalisés dans les MSP installées.</li> </ul>	
<p><b>► ProjetProjet3 : REStE, Régulation des Evacuations Sanitaires par Télémédecine</b></p>	
<p><b>Description</b></p> <p>Les demandes d'EVASAN (Evacuation Sanitaire) entre les acteurs de ce projet doivent être faites avec un dossier de télémédecine. La validation et l'organisation de l'EVASAN par l'effecteur et le receveur du patient est faite par télémédecine. Le principe est la sécurisation des EVASAN grâce à la constitution et au partage par télémédecine de l'intégralité du dossier du patient entre les différents acteurs permettant ainsi des décisions éclairées.</p>	
<p><b>Acteurs concernés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les services d'urgence de la Guadeloupe, St-Martin et St-Barthélemy,</li> <li>• Régulation des SAMU 971 et 972,</li> <li>• Services de soins receveur des patients transférés en Métropole</li> </ul>	<p><b>Population cible</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les patients ayant besoin lors de leur prise en charge d'une EVASAN (évacuation sanitaire) entre les DFA (Départements Français d'Amérique) ou entre les îles de la Caraïbes et les DFA ou entre les DFA et la Métropole.</li> </ul>
<p><b>Indicateurs de mise en œuvre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'inclusions de patients dans chaque filière</li> <li>• Nombre de Professionnels de santé adhérent dans chaque filière</li> <li>• Economie en soins</li> <li>• Précocité de l'Evasan</li> <li>• Maintient en sécurité dans la structure de soin requérante</li> <li>• Qualité de la prise en charge médicale</li> <li>• Sécurisation de l'Evasan</li> </ul>	

## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Développer les échanges Ville / Hôpital

Finalité
Le projet a pour but de mettre en place un portail permettant l'échange des données de santé du patient entre les établissements de santé et les professionnels libéraux. L'ensemble des épisodes de soins sont ainsi accessibles de manière numérique au travers d'un portail sécurisé de l'ENRS.
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Mettre en place les interfaces métiers vers l'entrepôt de données régional</li> <li>▶ Projet 2 : Mettre en place un portail Ville/Hôpital</li> <li>▶ Projet 3 : Mettre en place le portail Patient et Prise de RDV en ligne</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Une amélioration du parcours patient entre la ville et l'hôpital</li> <li>→ Un échange d'informations facilité entre professionnels de santé de ville et hôpital</li> </ul>

▶ Projet 1 : Mettre en place les interfaces métiers vers l'entrepôt de données régional	
Description	
La première brique du projet consiste à récupérer un maximum d'informations concernant le patient, de manière automatique, provenant des différents systèmes d'informations des établissements privés / publics.	
En particulier les lettres de sorties et ordonnances issus des DPI établissements, les examens de laboratoires des établissements ou de la ville, les comptes rendus de radiologies des établissements ou de la ville.	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les professionnels de Santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place des interfaces logicielles sécurisées entre les SI et l'entrepôt régional</li> <li>• 1 ETP pour la phase de déploiement et tests</li> <li>• 0,5 ETP pour le suivi opérationnel des interfaces en production.</li> </ul>	
▶ Projet 2 : Mettre en place un portail Ville/Hôpital	
Description	
Le portail Ville / Hôpital va permettre d'afficher, de manière sécurisée et en fonction des droits d'accès du PS, les données récoltées dans l'entrepôt de données.	
Le portail va permettre également de mettre en place des systèmes d'alertes, d'échanges de documents et communications entre les PS.	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les professionnels de Santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place du logiciel Portail Ville / Hôpital (portail Web + logiciel Compagnon)</li> <li>• Extension du portail version application Mobile IOS / Android</li> <li>• Mise en place de la communication au niveau régional pour faire connaître le portail Ville / Hôpital</li> <li>• 0,5 ETP pour suivi du projet et mise en place</li> </ul>	
▶ Projet 3 : Mettre en place le portail Patient et Prise de RDV en ligne	
Description	
La continuité logique du portail professionnel Ville / Hôpital est une déclinaison pour un accès du Patient. Ainsi le patient peut interagir sur ses données et les échanges avec le médecin.	
Un mode de prise de rendez-vous en ligne ; connectés avec les différents établissements de santé / CIM Libéraux / Laboratoires ; permettra d'apporter un nouveau service important pour la population.	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population de Guadeloupe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les professionnels de Santé</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place du logiciel Portail Patient (version Web et Mobile).</li> <li>• Mise en place du HUB de Rendez-vous en ligne et interfaces avec les SI de la région</li> </ul>	

- Mise en place de la communication au niveau régional vers le public
- 0,5 ETP pour suivi du projet et mise en place

### ⇒ Objectif opérationnel 3 : Garantir la disponibilité des données

Finalité	
Il s'agit de faire évoluer et d'assurer la maintenance du Datacenter GCS Archipel, et de veiller au renouvellement de la certification HDS de l'hébergeur de Données de Santé (2017/2020)	
Projets structurants à 5 ans	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Assurer l'évolution technique du Datacenter et veiller au renouvellement du matériel et à sa maintenance</li> <li>▶ Projet 2 : Renforcer l'offre de Datacenter afin de proposer d'autres services aux établissements de santé.</li> <li>▶ Projet 3 : Permettre l'obtention de la Certification ISO 27001</li> </ul>	
Résultats attendus	
→ Obtention de la certification ASIP HDS	
▶ <b>Projet 1 : Assurer l'évolution technique du Datacenter et veiller au renouvellement du matériel et à sa maintenance</b>	
Description	
Le GCS Archipel 971 à mis en place dès fin 2014 ses services de Datacenter d'infrastructure systèmes et réseaux afin de pouvoir héberger les solutions de l'ENRS. La certification HDS a été obtenue en Aout 2017 pour une durée de 3 ans. Il faut donc prévoir un renouvellement du matériel informatique en 2020 (Durée de Vie 5 Ans) et des contrats de maintenances associés, tant matériels que logiciels.	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• GCS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renouvellement Infrastructure Matérielle et Logicielle à la fin de la maintenance</li> <li>• Renouvellement Marché Hébergement et Opérateur Réseaux MPLS à la fin du marché</li> <li>• 1 ETP pour gestion du Datacenter</li> </ul>	
▶ <b>Projet 2 : Renforcer l'offre de Datacenter afin de proposer d'autres services aux établissements de santé</b>	
Description	
La réglementation étant de plus en plus contraignante, les établissements de santé sont demandeurs de nouveaux services d'hébergements. Par exemple la sauvegarde des données critiques centralisées, les hébergements de solutions comme le DPI, etc. sont des attentes importantes des établissements qui souhaitent un accompagnement particulier.	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionnels de Santé Guadeloupe</li> <li>• Etablissements Public/Privés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients de la Caraïbe</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajout d'un site d'hébergement Datacenter (passage en mode Actif/Actif)</li> <li>• Mise en place d'un lien Fibre Optique Très Haut Débit entre les Datacenter</li> <li>• Equipement matériel et logiciel du nouveau Datacenter</li> <li>• 0,3 ETP pour Installation et Gestion du nouveau Site</li> </ul>	
▶ <b>Projet 3 : Permettre l'obtention de la Certification ISO 27001</b>	
Description	
La Certification de sécurité ISO 27001 est devenue un pré requis pour les hébergements de données de santé. Cette certification peut être anticipée dès 2019.	
Acteurs concernés	Population cible

• GCS	• GCS
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestations de Conseils pour passage ISO27001 et Montage Dossier Renouvellement HDS</li> <li>• Passage de la Conformité COFRAC HDS</li> </ul>	

Document soumis à consultation

## Objectif 4 : Se saisir des innovations en santé pour renforcer l'accès aux soins et améliorer les prises en charge

### ⇒ Objectif opérationnel 1 : Développer les outils de télémédecine pour lever les freins géographiques à l'accès aux soins

Finalité
<p>L'accès aux soins spécialisés est compliqué pour les patients des îles de l'archipel guadeloupéen et des Iles du Nord, mais aussi pour ceux du Nord Grande Terre, en raison de l'absence de certaines spécialités dans ces zones géographiques, mais aussi des conditions de transports, voire de leur coût.</p> <p>La télémédecine ouvre des possibilités particulièrement intéressantes pour le territoire pour lever ces freins. Il s'agit ainsi de permettre des échanges et un suivi par télémédecine entre professionnels de santé au sujet de patients de l'Archipel Guadeloupéen et des Iles du Nord en vue d'améliorer leur prise en charge médicale et ainsi de faciliter l'accès aux soins en tout point du territoire.</p>
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Développer les Consultations Anesthésiques par Télémédecine (CAT)</li> <li>▶ Projet 2 : Renforcer la télé-interprétation</li> <li>▶ Projet 3 : Réaliser des téléconsultations mémoire</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Un accès aux soins facilité</li> <li>→ Une graduation de l'offre de soins s'appuyant sur les complémentarités professionnelles médicales et paramédicales (appréciée au travers des protocoles de coopération),</li> <li>→ Une collaboration plus lisible entre les différents professionnels du territoire</li> </ul>

▶ Projet 1 : Développer les Consultations Anesthésiques par Télémédecine (CAT)	
Description	
Réalisation des consultations anesthésiques pour les patients de Marie Galante par télémédecine par les Anesthésistes du CHU de Guadeloupe. Lors de la téléconsultation, le patient est au CH de Marie-Galante alors que l'Anesthésiste est au CHU de Guadeloupe.	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anesthésistes du CHU de Guadeloupe et PS des consultations du CH de Marie-Galante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients Marie- Galantais ayant besoin d'une consultation anesthésique.</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de consultations et nombre d'inclusions de patients dans chaque filière</li> <li>• Nombre de professionnels de santé adhérent dans chaque filière</li> <li>• Délais d'obtention de la consultation anesthésique</li> </ul>	
▶ Projet 2 : Renforcer la télé-interprétation	
Description	
Il s'agira de développer la Télé interprétation, par des cardiologues du CHU, d'ECG (électrocardiogrammes) réalisés par des médecins généralistes.	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecins Généralistes de la Guadeloupe, Cardiologues de la Guadeloupe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout patient ayant un ECG fait au cabinet du médecin généraliste</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délais d'obtention de l'avis spécialisé cardiologique</li> <li>• Nombre d'ECG réalisés en médecine générale</li> <li>• Nombre de diagnostic de pathologies rythmiques ou de la conduction en médecine générale</li> </ul>	
▶ Projet 3 : Réaliser des téléconsultations mémoire	
Description	

Il s'agira de permettre la réalisation de téléconsultations mémoire réalisées par l'équipe de gériatrie du CMS (Centre Médico-Social) de Basse Terre en faveur de patients de Marie-Galante.	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Professionnels de santé du service de gériatrie du CMS, PS des consultations externes du CH de Marie-Galante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patients en perte d'autonomie résidant à Marie-Galante ayant besoin d'une évaluation mémoire</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de patients différents bénéficiaires d'une consultation</li> <li>Délais de RDV de la consultation mémoire</li> </ul>	

## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Améliorer la surveillance et le suivi

<b>Finalité</b>
Permettre des échanges et un suivi par télé médecine entre professionnels de santé au sujet de patients de l'Archipel Guadeloupéen et des Iles du Nord en vue d'améliorer leur prise en charge médicale.
<b>Projets structurants à 5 ans</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Mettre en place le dispositif SETADOM (Surveillance et Education Thérapeutique A DOMicile)</li> <li>▶ Projet 2 : Mettre en place le projet Télé AVK</li> </ul>
<b>Résultats attendus</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Une amélioration du suivi des patients à domicile grâce à la télésurveillance</li> <li>→ Des économies en soins par une meilleure surveillance des patients à domicile</li> <li>→ Des effets indésirables des anticoagulants évités</li> </ul>

▶ <b>Projet 1 : Mettre en place le dispositif SETADOM, Surveillance et Education Thérapeutique A DOMicile</b>	
<b>Description</b>	
Le programme ETAPES (expérimentation de la télé médecine pour l'amélioration du parcours en santé) permet de mettre en place la télésurveillance à domicile ainsi que d'éduquer des patients porteurs de maladies chroniques comme le diabète, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance respiratoire et l'insuffisance rénale. Une plateforme régionale de télésurveillance reçoit les paramètres vitaux des patients télésurveillés à domicile et organise une réponse adaptée afin d'éviter la dégradation de l'état de santé de ces patients.	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des pathologies chroniques concernées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tout patient porteur d'une des pathologies chroniques concernées</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'inclusions de patients dans chaque filière</li> <li>Nombre de professionnels de santé adhérent dans chaque filière</li> </ul>	
▶ <b>Projet 2 : TéléAVK</b>	
<b>Description</b>	
L'INR des patients sous AVK est analysée à l'aide d'un algorithme par une équipe coordonnatrice qui aide les soignants à adapter les doses des AVK	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Professionnels de santé assurant la surveillance à domicile des traitements par AVK chez leurs patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les patients ayant un traitement par AVK</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'inclusions de patients dans chaque filière</li> </ul>	

- Nombre de professionnels de santé adhérant dans chaque filière
- Rapidité de l'avis spécialisé

Document soumis à consultation



## Objectif 5 : Reconstruire l'offre de soins du CHU suite à l'incendie

Finalité	
L'incendie et l'évacuation totale des principaux bâtiments du CHU qui s'en est suivie ont déstabilisé fortement l'offre de soins du CHU. A ce jour celle-ci est encore éclatée sur plusieurs sites et cette situation devrait perdurer de nombreux mois. La reconstruction de l'offre de soins du CHU sera lente, environ 12 mois à compter du commencement des travaux de la maternité. Cette situation qui a pour conséquence une réduction de la capacité d'accueil et de prise en charge du CHU, nécessite un suivi particulier.	
Projets structurants à 5 ans	
▶ Suivi de l'opération de réinstallation de l'offre de soins du CHU suite à l'incendie.	
Résultats attendus	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Réintégration totale du CHU dans ses locaux</li> <li>➔ Reprise de l'activité programmée sur site pour toutes les disciplines</li> </ul>	
▶ <b>Projet 1 : Suivi de l'opération de réinstallation de l'offre de soins du CHU dans ses locaux.</b>	
Description	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'une cellule de coordination et de suivi des actions mises en œuvre suite à l'incendie</li> <li>- Organisation d'un suivi au long cours, financier, travaux, équipement, conditions de travail</li> <li>- Déploiement d'un plan d'actions visant à améliorer la qualité de vie au travail (QVT)</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements publics de santé</li> <li>• ARS</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• DRSM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction du CHU</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan d'actions décliné par l'établissement</li> <li>• Suivi financier</li> <li>• Evolution du capacitaire</li> </ul>	

## Objectif 6 : Reconstruire l'offre de santé à Saint-Martin et Saint-Barthélemy

⇒ **Objectif opérationnel 1 : Accompagner la reconstruction du Centre Hospitalier de Saint-Martin et réorganiser l'offre de soins hospitalière des Iles du Nord**

⇒ **Sous-objectif 1 : Impulser un plan d'action pour réinstaurer un fonctionnement normal, de qualité et de sécurité**

Finalité
<p>Le futur projet médical 2018 – 2023 pour les établissements de Saint-Martin (CH Louis Constant Fleming) et de Saint-Barthélemy (CH Irénée De Bruyn) doit garantir aux populations des Iles du Nord un accès sécurisé à une offre de soins à la fois complète et de qualité. Les principaux leviers pour atteindre l'objectif sont constitués par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le développement des coopérations avec la Guadeloupe, la Martinique et la partie néerlandaise de Saint-Martin (Sint Maarten) ;</li> <li>- Le déploiement de la télémédecine dans toutes ses composantes (téléconsultation, télé expertise, télésurveillance, télé assistance médicale et régulation médicale) ;</li> <li>- La mise en place de filières de soins.</li> </ul>
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Projet 1 : Etablir une cartographie des moyens pour sécuriser les activités hospitalières de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy (actuelles et potentielles)</b></li> <li>▶ <b>Projet 2 : Développer des filières de soins en matière de coopération inter hospitalière et avec l'offre ambulatoire pour optimiser la prise en charge des principales pathologies chroniques</b></li> </ul>
Résultats attendus
<p>➔ Développement d'un accès sécurisé à une offre de soins complète et de qualité pour les patients des Iles du Nord</p>

▶ <b>Projet 1 : Etablir une cartographie des moyens pour sécuriser les activités hospitalières de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy (actuelles et potentielles)</b>	
Description	
<p>L'ensemble des activités réalisées par les établissements de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy se révèle fragile (recrutement des professionnels, maintenance du matériel, niveau de file active, mise en œuvre des procédures qualité, ...).</p> <p>Il faut, dans une logique de bénéfice-risque, établir une cartographie des risques et des moyens pour sécuriser au maximum les activités des deux établissements (coopération, mutualisation, consultations avancées, télémédecine, complémentarité ville-hôpital, partie hollandaise).</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• CH de Saint-Martin,</li> <li>• CH de Saint-Barthélemy,</li> <li>• CHU de Guadeloupe,</li> <li>• CHU de Martinique,</li> <li>• Sint Maarten Medical Center (SMMC)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitants de St Martin et St Barthélemy</li> </ul>

Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation de l'ensemble des acteurs pour la formalisation de conventions entre établissements et professionnels de santé</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 2 : Développer des filières de soins en matière de coopération inter hospitalière et avec l'offre ambulatoire pour optimiser la prise en charge des principales pathologies chroniques</b></p>	
Description	
<p>Les coopérations entre la ville et l'hôpital, entre les établissements de St Martin et de St Barthélemy avec la Guadeloupe doivent être renforcées à travers la mise en place de processus de prise en charge des principales maladies chroniques (dépistage, information, traitement, promotion et prévention des complications...). Aujourd'hui, seule une offre d'Education Thérapeutique du Patient en ambulatoire est assurée sur les Iles du Nord pour les patients diabétiques.</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>CH de Saint-Martin, CH de Saint-Barthélemy, CHU de Guadeloupe, Associations, Professionnels de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patients porteurs de pathologies chroniques de Saint-Martin et Saint-Barthélemy</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de processus mis en place</li> </ul>	

⇒ **Sous-objectif 2 : Assurer aux patients un accès aux droits en ville et à l'hôpital**

Finalité
<p>La population de Saint-Martin, forte de près de 40 000 personnes, est largement issue de l'immigration, est souvent en situation illégale et non intégrée dans un circuit social ou médical. Si pour la partie néerlandaise de l'île, seuls les travailleurs sont assurés sociaux (et éventuellement les membres de leurs familles) moyennant finance, il en résulte qu'il est dès lors plus facile de se rendre sur la partie française où toute personne qui se rend aux urgences est à même de pouvoir bénéficier d'une modalité de prise en charge. Confronté à cette situation et malgré l'existence d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) au CH de Saint-Martin, il est constaté dans les comptes de l'hôpital un taux de créances irrécouvrables très élevé.</p> <p>L'objectif consiste à bien identifier les causes de précarité (économique, sociale, administrative) sur le territoire de la partie française et vis-à-vis des Etats frontaliers, puis à arrêter des procédures de traitement, pour la partie française (application des dispositifs de droit commun de soutien à l'accès aux soins) et de signature de protocoles d'accord avec les Etats voisins.</p>
Projets structurants à 5 ans
<p>► Projet 1 : Répertorier les situations de non accès aux droits</p> <p>► Projet 2 : Mettre en place des procédures internes et frontalières</p>
Résultats attendus
<p>→ Documenter les situations de non accès aux droits et négocier avec les Etats frontaliers pour assurer un accès aux soins efficaces des personnes étrangères en situation administrative irrégulière qui se présentent aujourd'hui essentiellement à la PASS du CH de Saint-Martin</p>

► <b>Projet 1 : Répertorier les situations de non accès aux droits</b>	
Description	
Cartographier les situations de non accès aux droits : économiques, sociales, administratives.	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>CH de Saint-Martin,</li> <li>CH de Saint-Barthélemy,</li> <li>Assurance maladie,</li> <li>Préfecture,</li> <li>Etats voisins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Précaires, Etrangers, Illégaux à Saint-Martin et Saint-Barthélemy</li> </ul>

Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Appui du niveau national dans les concertations internes et frontalières</li> </ul>	
Projet 2 : Mettre en place des procédures internes et frontalières	
Description	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Etablir pour chaque situation des procédures claires et partagées et suivre leur mise en œuvre</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>CH de Saint-Martin,</li> <li>CH de Saint-Barthélemy,</li> <li>Assurance Maladie,</li> <li>Préfecture,</li> <li>Etats voisins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Précaires, Etrangers, Illégaux à Saint-Martin et Saint-Barthélemy</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Appui du niveau national dans la mise en place des procédures</li> </ul>	

### ⇒ Sous-objectif 3 : Définir le schéma le plus efficient pour les EVASAN

Finalité
<p>A Saint-Martin et Saint-Barthélemy, les évacuations sanitaires (EVASAN) sont essentiellement réalisées par voie aérienne. Le budget consacré par le CH de Saint-Martin atteint la somme de 2.5 millions d'Euros et se révèle être en constante augmentation. Il s'agit d'éclairer et d'objectiver les décisions d'évacuation sanitaire en s'appuyant notamment sur des études médico-économiques et sur des analyses de rapport coût-efficacité. Il faut revoir l'ensemble du process (indications, vecteur utilisé, correspondants et destinations, marchés avec les opérateurs et mutualisation avec la partie néerlandaise). L'objectif consiste à arrêter le schéma le plus efficient.</p>
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>Projet 1 : Objectiver les besoins des acteurs pour établir une cartographie des EVASAN</li> <li>Projet 2 : Etablir et mettre en œuvre des procédures EVASAN et de transfert sanitaire</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Une organisation optimisée et efficiente des transferts et évacuations sanitaires</li> <li>→ Une amélioration des capacités d'évacuation sanitaire</li> </ul>

Projet 1 : Objectiver les besoins des acteurs pour établir une cartographie des EVASAN	
Description	
Etablir une cartographie des EVASAN (indications, modalités) pour arrêter un schéma cible partagé, sécurisé et efficient.	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>ARS, CH de Saint-Martin et CH de Saint-Barthélemy (médecins urgentistes),</li> <li>SAMU Centre 15,</li> <li>CHU de Guadeloupe et de Martinique,</li> <li>Opérateurs aériens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>St Martin et St Barthélemy</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Adhésion de l'ensemble des acteurs à la détermination d'un schéma sécurisé et efficient</li> </ul>	
Projet 2 : Etablir et mettre en œuvre des procédures EVASAN et transfert sanitaire	
Description	
Etablir des procédures claires en distinguant bien ce qui relève d'une EVASAN avec un vecteur spécifique et d'un simple transfert sanitaire sur une ligne régulière	
Acteurs concernés	Population cible

<ul style="list-style-type: none"> <li>ARS, CH de Saint-Martin et CH de Saint-Barthélemy, (médecins urgentistes), SAMU Centre 15, CHU de Guadeloupe et de Martinique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>St Martin et St Barthelemy</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Obligation de suivre les procédures établies</li> </ul>	

#### ⇒ **Sous-objectif 4 : Définir une offre globale de Télé Médecine**

<b>Finalité</b>
<p>Pour St Martin et St Barthélemy, la télémedecine doit représenter le principal levier de la reconstruction de l'offre de soins. Déployée progressivement sur l'ensemble des activités éligibles (Hôpital, Ville, Médico-social), les outils de la télémedecine apporteront aux patients une meilleure prise en charge (moins d'hospitalisation, moins de transfert), aux professionnels de santé une meilleur qualité d'exercice (coordination médecins généralistes-médecins spécialistes, évolution des pratiques, rupture de l'isolement) et à l'ARS un levier d'optimisation de l'organisation des soins.</p>
<b>Projets structurants à 5 ans</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Projet 1</b> : Etablir un plan global ville-hôpital de télémedecine</li> <li>▶ <b>Projet 2</b> : Accompagner l'ensemble des professionnels dans l'utilisation des outils de télémedecine</li> </ul>
<b>Résultats attendus</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Mise en œuvre d'un plan global de télémedecine pour les Iles du Nord</li> </ul>

▶ <b>Projet 1 : Etablir un Plan global Ville-Hôpital de Télémedecine</b>	
<b>Description</b>	
<p>A partir de l'offre de soins existante et des applications de télémedecine déjà en place (AVC, thrombolyse, dermatologie, neurologie...), l'objectif consiste à l'élargir au moyen d'un plan prévisionnel de déploiement de l'offre de télémedecine à l'ensemble des activités éligibles dans l'hôpital, dans le secteur médico-social et dans le secteur ambulatoire.</p>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Référent Télémedecine</li> <li>Professionnels de santé Ville- Hôpital</li> <li>CH de Saint-Martin</li> <li>CHU de Guadeloupe et de Martinique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Professionnels de santé Ville – Hôpital de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Financement pour le passage de 0.5 à 1 ETP du temps du référent sur la télémedecine</li> </ul>	
▶ <b>Projet 2 : Accompagner l'ensemble des professionnels dans l'utilisation des outils en télémedecine</b>	
<b>Description</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bâtir et déployer un plan de formation à l'attention des professionnels de santé Ville – Hôpital.</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Référent Télémedecine</li> <li>Professionnels de santé Ville- Hôpital</li> <li>CH de Saint-Martin</li> <li>CHU de Guadeloupe et de Martinique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Professionnels de santé Ville-Hôpital de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Financement du plan de formation</li> </ul>	

⇒ **Objectif opérationnel 2 : Renforcer et consolider l'offre ambulatoire et la garantir en cas de crise**

⇒ **Sous-objectif 1 : Réaliser une cartographie des moyens nécessaires à mettre en place pour garantir une continuité de service de l'offre ambulatoire essentielle**

Finalité
L'offre ambulatoire est importante, de qualité et souvent en lien avec l'activité hospitalière (imagerie, laboratoire, pharmacies, spécialités médicales libérales). Le passage des cyclones a montré la nécessité de renforcer et de développer les liens avec l'hôpital, de façon à être en mesure de garantir une continuité de services dans le secteur ambulatoire. Sur le principe de l'approche pour sécuriser les activités hospitalières, il faut réaliser un inventaire des principales activités de santé réalisées en ambulatoire, d'en mesurer les fragilités et proposer des réponses organisationnelles pour faire face à ces fragilités. Il s'agit ici de bâtir un véritable plan de continuité des activités ambulatoires de façon à ce que l'offre de ville soit assurée malgré des événements exceptionnels.
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Projet 1</b> : Etablir une cartographie partagée des moyens pour sécuriser l'offre ambulatoire</li> <li>▶ <b>Projet 2</b> : Proposer un plan de continuité des activités ambulatoires essentielles au territoire</li> </ul>
Résultats attendus
→ Une continuité des activités ambulatoires en cas d'événements exceptionnels

▶ <b>Projet 1 : Etablir une cartographie partagée des moyens pour sécuriser l'offre ambulatoire</b>	
Description	
<p>Dans un contexte de crise exceptionnelle (cyclone, tremblement de terre, tsunami), il convient de définir une cartographie partagée des moyens nécessaires à la sécurisation d'une offre ambulatoire qualifiée d'essentielle sur le territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* moyens techniques incontournables (médicaments, analyse biologique, imagerie médicale...)</li> <li>* moyens de prise en charge des principales pathologies chroniques (dialyse, diabète...)</li> <li>* moyens humains (effectifs et expertises des professionnels).</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS,</li> <li>• Préfecture,</li> <li>• Professionnels de santé de ville,</li> <li>• CH de Saint-Martin,</li> <li>• CH de Saint-Barthélemy,</li> <li>• Partie néerlandaise de Sint Maarten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitants de St Martin et St Barthélemy</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obligation d'établir une cartographie d'une offre ambulatoire essentielle</li> </ul>	

▶ <b>Projet 2 : Proposer un plan de continuité des activités ambulatoires essentielles au territoire</b>	
Description	
<p>Sur la base de la cartographie de l'offre ambulatoire qualifiée d'essentielle pour le territoire, l'objectif consiste à définir les acteurs du plan et les modalités de mise en œuvre (coopération entre les structures existantes, coopération inter frontalière, télé-médecine, renforts sanitaires en provenance de l'extérieur, transferts sanitaires en direction de l'extérieur...).</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préfecture,</li> <li>• ARS,</li> <li>• Professionnels de santé de ville,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitants St Martin et St Barthélemy</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• CH de Saint-Martin,</li> <li>• CH de Saint-Barthélemy,</li> <li>• Partie néerlandaise de Sint Maarten</li> </ul>	
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obligation du respect du plan de continuité et mesures financières d'accompagnement</li> </ul>	

## ⇒ **Sous-objectif 2 : Renforcer l'offre de soins de premier recours**

Finalité
La qualité de l'offre de soins de premier recours est essentielle dans l'organisation du système de santé des Iles du Nord compte tenu de la capacité de l'offre hospitalière. Elle doit, pour offrir aux patients des parcours de santé fluides et sans rupture, intégrer l'Education thérapeutique du Patient (ETP) en proximité, la télésanté et la formation des intervenants en inter professionnalité.
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Projet 1 : Développer et élargir la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) de Saint-Martin</b></li> <li>▶ <b>Projet 2 : Initier une réflexion pour un exercice professionnel regroupé</b></li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Une amélioration de la coordination des acteurs autour du parcours de santé</li> <li>➔ Une diminution des passages aux urgences pour des situations qui n'en relèvent pas</li> </ul>

▶ <b>Projet 1 : Développer et élargir la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) de Saint-Martin</b>	
Description	
A Saint-Martin, le 23 juin 2017 le statut de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) a été attribué à l'Association Saint-Martin Santé (cette dernière ayant d'ores et déjà reçu un agrément de l'ARS au titre de l'Education Thérapeutique du Patient en diabétologie). Il convient d'élargir le périmètre de l'agrément de l'association ou d'autres acteurs à d'autres pathologies chroniques (HTA, obésité, psycho traumatisme, ...).	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS,</li> <li>• Association Saint-Martin Santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• St Martin et St Barthélemy</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financement dédié complémentaire</li> </ul>	
▶ <b>Projet 2 : Initier une réflexion pour un exercice professionnel regroupé</b>	
Description	
L'objectif consiste à identifier les professionnels intéressés par un exercice regroupé et à engager une réflexion sur les modalités de mise en place d'un projet de Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP). En effet, la MSP pourrait être la structure la plus adaptée aux réalités du territoire des Iles du Nord compte tenu de certaines pratiques professionnelles regroupées de fait géographiquement sur le territoire.	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionnels de santé de ville</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• St Martin et St Barthélemy</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'une action de communication auprès des professionnels de santé</li> </ul>	

⇒ **Objectif opérationnel 3 : Construire un dispositif renforcé d'offre de prévention, de dépistage et de soins en santé mentale**

⇒ **Sous-objectif 1 : Mettre en œuvre un plan post crise de prise en charge des psycho-traumatismes**

Finalité
<p>Il s'agit ici, d'une part, de répondre à un besoin de prise en charge organisée des psycho-traumatismes subis par la population après le passage des ouragans, sur la base du renforcement du dispositif local hospitalier, initialement assurée dans l'urgence jusqu'à la fin de l'année 2017 par les spécialistes de l'EPRUS et, d'autre part, d'initier une téléconsultation de traitement des psycho-traumatismes avec le dispositif Karib Trauma, de façon à anticiper une nouvelle forme de prise en charge.</p> <p>Ce dispositif santé de prise en charge des psycho-traumatismes s'inscrit dans le cadre d'un partenariat avec le Conseil Local d'Aide aux Victimes (CLAV) mis en place sous l'égide des ministères de l'Intérieur et de la Justice.</p>
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Mettre en œuvre le plan post crise pour une durée de 6 mois</li> <li>▶ Projet 2 : Inscrire les téléconsultations de psychiatrie dans la durée</li> </ul>
Résultats attendus
<p>→ Une prise en charge organisée des psycho-traumatismes subis par la population</p>

▶ <b>Projet 1 : Mettre en œuvre le Plan Post Crise</b>	
Description	
<p>A partir de deux circuits de contact mis à disposition de l'ensemble de la population :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanences dans 4 principaux quartiers de Saint-Martin et à St Barthélemy tenues par la Croix Rouge et en partenariat avec l'Association Trait d'Union qui structure l'action du Conseil Local d'Aide aux Victimes (CLAV) sur les Iles du Nord.</li> <li>• Dispositif spécialisé en renfort de consultations à distance au moyen d'un numéro d'appel SOS Kriz (réalisation par une équipe spécialisée d'un diagnostic et d'une orientation vers une réponse globale locale, juridique, sociale et médicale) et, en cas d'impossibilité de réponse médicale locale, d'une plate-forme téléphonique Karib Trauma animée par un staff de spécialistes de la prise en charge post-traumatique et disposant de ressources multilingues.</li> </ul> <p>Le dispositif général est coordonné par un cadre local hospitalier spécialiste de la prise en charge post-traumatique.</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CH Louis Constant Fleming,</li> <li>• Croix Rouge Française,</li> <li>• Associations (Trait d'Union, SOS Kriz - Karib Trauma)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitants de St Martin et St Barthélemy</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consommation du budget prévisionnel</li> </ul>	
▶ <b>Projet 2 : Inscrire les téléconsultations de psychiatrie dans la durée</b>	
Description	
<p>Compte tenu d'une offre limitée (4 psychiatres au CH) et fragile (2 remplaçants en permanence et pour de courtes périodes) et sur la base des premières téléconsultations pour psycho-traumatismes, il convient de bâtir un dispositif pérenne de téléconsultations en psychiatrie, élargi aux troubles de l'anxiété et des dépressions.</p>	



Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>CH Louis Constant Fleming,</li> <li>CH de Monteran (Guadeloupe),</li> <li>SOS Kriz - Karib Trauma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Habitants de St Martin et St Barthélemy</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>ETP PH dédié à la télé-médecine (passer de 0,5 à 1 ETP)</li> </ul>	

⇒ **Sous-objectif 2 : Inscrire le projet médical du service psychiatrique dans une double dimension, ville-hôpital et régionale, de façon à consolider l'offre de soins en santé mentale**

Finalité
Face à une demande croissante de prise en charge en santé mentale (adultes et enfants) principalement liée à une fragilisation du tissu social consécutive aux difficultés économiques d'une population multiethnique, et suite aux passages des ouragans (10% des impliqués initiaux pourraient relever d'un suivi post-traumatique), le Service de Psychiatrie du CH Louis Constant Fleming doit être renforcé et soutenu par l'offre ambulatoire et notamment par les médecins généralistes et par le CH de Monteran (Guadeloupe). Le projet de service de psychiatrie doit intégrer ces deux axes de développement. De même, la Cellule Médico-Psychologique (CMP) du CH de Saint-Martin doit s'inscrire dans cette dynamique.
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Consolider l'offre locale en matière de santé mentale</li> <li>▶ Projet 2 : Consolider et développer la place du CH de Saint-Martin dans le projet Territorial de Santé Mentale du CH de Monteran</li> </ul>
Résultats attendus
→ Une amélioration de l'accès à une prise en charge en santé mentale par la psychiatrie de secteur

▶ Projet 1 : Consolider l'offre locale en matière de santé mentale	
Description	
<p>Le projet du service de psychiatrie du CH de Saint-Martin doit établir des passerelles avec la ville et aboutir à la création d'un Hôpital de Jour. Les médecins généralistes, prochainement formés au repérage et à la prise en charge des psycho-traumatismes, seront des partenaires précieux, les admissions à l'hôpital de jour se faisant sur prescriptions médicales. De même, à travers une politique de promotion de la santé, il convient d'établir des liens étroits avec le tissu associatif pour repérer, prendre en charge et suivre efficacement les populations les plus fragiles.</p> <p>Dans le même esprit, le projet de service doit intégrer les téléconsultations comme une réponse à part entière dans les traitements de certaines pathologies mentales. A ce titre, il convient de s'appuyer sur l'expérience acquise avec la mise en œuvre du Plan Post Crise.</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Service de Psychiatrie du CH de Saint-Martin,</li> <li>Médecins généralistes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Habitants de St Martin et St Barthélemy</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de téléconsultations par pathologies mentales</li> </ul>	
▶ Projet 2 : Consolider et développer la place du CH de Saint-Martin dans le Projet Territorial de Santé Mentale du CH de Monteran (Guadeloupe)	
Description	
<p>Une réelle coopération doit s'instaurer entre les Iles du Nord et la Guadeloupe en matière de santé mentale. Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) du CH de Monteran intègre un volet Saint-Martin/Saint-Barthélemy. Il doit être le cadre de rapprochement des deux entités afin de permettre un partage d'expériences, une continuité de prise en charge pour les patients passant d'un territoire à l'autre et des prises</p>	

en charge croisées en tant que de besoins (patients difficiles, externalisations souhaitées dans le cadre des hospitalisations sans consentement).	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Service de Psychiatrie des CH de Saint-Martin, CH de Monteran, Médecins généralistes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>St Martin et St Barthélemy</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Signature d'une convention spécifique de partenariat</li> </ul>	

Document soumis à consultation

⇒ **Objectif opérationnel 4 : Refondre l'offre médico-sociale dans un pôle médico-social unique**

⇒ **Sous-objectif 1 : Piloter le projet de pôle médico-social**

Finalité
<p>Le projet de Pôle Médico-Social doit permettre de répondre à une double problématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les personnes âgées : proposer une offre adaptée aux besoins d'une population âgée dépendante en augmentation. La structure architecturale de l'EHPAD de Bethany Home à Saint-Martin (capacité actuelle de 40 places) est obsolète et inadaptée, notamment pour les personnes âgées porteuses de maladies neurodégénératives.</li> <li>- Pour les personnes handicapées : l'île souffre d'un manque global d'équipements et de prise en charge spécialisés à destination des personnes handicapées (seul existe sur Saint-Martin un SESSAD de 47 places). Des cas de maintien à domicile de personnes handicapées dans des conditions inadaptées voire indignes sont recensés. La création de places sur le territoire est donc indispensable pour pallier le manque important de structures.</li> </ul> <p>Depuis le 15 juillet 2007, l'ensemble des établissements à caractère socio-éducatif et médico-social se trouvent désormais sous la responsabilité de la Collectivité d'Outre-Mer Saint Martin. Dans ce cadre, la Collectivité soutient le projet de création d'un pôle médico-social unique qui regroupera sur un même site une offre de service en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Il s'agit ici de superviser et d'accompagner la conduite de ce projet stratégique pour les Iles du Nord.</p>
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Projet 1 : Identifier les acteurs et leurs besoins et partager le diagnostic</b></li> <li>▶ <b>Projet 2 : Animer et structurer la conduite du projet</b></li> </ul>
Résultats attendus
<p>→ Une offre médico-sociale adaptée aux besoins des populations des Iles du Nord</p>

▶ <b>Projet 1 : Identifier les acteurs et leurs besoins et partager le diagnostic</b>	
Description	
<p>A partir de l'étude de programmation existante, il convient de valider une organisation cible en intégrant si besoin des aménagements spécifiques aux demandes des différents acteurs.</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secteur Personnes Agées existant (EHPAD, SSIAD, MAIA) et à créer (Hôpital de Jour)</li> <li>• Secteur Personnes Handicapées existant (SESSAD) et à créer (CAMPS, IME, MAS, ESAT, SAMSAH et SAVS, Foyer occupationnel)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées et personnes en situation de handicap St Martin et St Barthélemy et leurs aidants</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation de l'ensemble des acteurs pour validation</li> </ul>	

▶ <b>Projet 2 : Animer et structurer la conduite du projet</b>	
Description	
<p>En raison de la complexité du projet, son pilotage requiert la mise en place d'un Comité de Pilotage et de Conduite de projet (COPIL) à partir d'une feuille de route partagée. L'ARS, en lien avec la Collectivité et l'Hôpital, assurera l'animation de ce COPIL.</p>	
Acteurs concernés	Population cible

<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS,</li> <li>• Collectivité de Saint-Martin,</li> <li>• CH de Saint-Martin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées et handicapées de St Martin et St Barthélemy</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place du COPIL pour la rédaction de la feuille de route partagée</li> </ul>	

⇒ **Sous-objectif 2 : Développer et coordonner l'appui aux acteurs du projet de pôle médico-social**

<b>Finalité</b>
<p>Le projet de Pôle Médico-Social de nature complexe et stratégique, doit être réalisé dans les meilleurs délais compte tenu des besoins. A partir de la mise en place d'une consultation de l'ensemble des acteurs du COPIL, il s'agit, d'une part, de mesurer les capacités réelles des acteurs locaux en place et, d'autre part, de proposer des participations extérieures d'acteurs associatifs nationaux (expertise métier, logistique). Sur la base de cette consultation et en lien avec la Collectivité, l'ARS retiendra et accompagnera les acteurs les plus à même de porter les projets de structure.</p>
<b>Projets structurants à 5 ans</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Projet 1 : Mettre à disposition des acteurs des ressources expertes (animation, conduite de projet, formation)</b></li> <li>▶ <b>Projet 2 : Accompagner les porteurs de projets pour la réponse aux appels à projets</b></li> </ul>
<b>Résultats attendus</b>
<p>→ Un soutien aux acteurs de la part de l'ARS et ses partenaires : des acteurs renforcés, structurés et formés pour assurer une offre médico-sociale de qualité</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Projet 1 : Mettre à disposition des acteurs des ressources expertes (animation, conduite de projet, formation, logistique...)</b></li> </ul>	
<b>Description</b>	
<p>Dans le cadre de la consultation mise en place, l'ARS se positionne comme la structure ressource de ce projet et se charge de mobiliser des expertises en tant que de besoin.</p>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS,</li> <li>• Collectivités,</li> <li>• CH de Saint-Martin,</li> <li>• Etablissements médico-sociaux,</li> <li>• Associations du secteur médico-social local et extérieur au territoire,</li> <li>• Professionnels de santé libéraux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées et handicapées de St Martin et St Barthélemy</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place de la consultation</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Projet 2 : Accompagner les porteurs de projets pour la mise en œuvre des appels à projets</b></li> </ul>	
<b>Description</b>	
<p>Accompagnement des promoteurs potentiels dans le cadre des appels à projets qui seront lancés</p>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS,</li> <li>• Collectivité de Saint-Martin,</li> <li>• CH de Saint-Martin,</li> <li>• Etablissements médico-sociaux,</li> <li>• Associations du secteur médico-social local et extérieures au territoire,</li> <li>• Professionnels de santé libéraux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées et handicapées de St Martin et St Barthélemy</li> </ul>

<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>
-------------------------------------

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Communication sur le dispositif d'accompagnement</li></ul> |
|--|

Document soumis à consultation

## ORIENTATION 4 : ASSURER LA STRUCTURATION DES PARCOURS DE SANTE PRIORITAIRES, DE LA PREVENTION A LA PRISE EN CHARGE, LA READAPTATION ET LE SUIVI

### Objectif 1 : Améliorer les parcours de santé des publics cibles

#### ⇒ Parcours périnatalité – mère-enfant

Finalité
Il s'agit ici de fédérer l'ensemble des acteurs de prévention et de santé en périnatalité sur la Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy pour contribuer à la réduction de la mortalité infantile et à l'amélioration du suivi des enfants vulnérables.
Programme d'actions à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Mettre en place des filières périnatales physiologiques et pathologiques</li> <li>▶ Projet 2 : Mettre en place un réseau de suivi des enfants vulnérables</li> <li>▶ Projet 3 : Associer et coordonner au niveau régional les actions des différents institutions et professionnels</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Une diminution de la mortalité infantile</li> <li>→ Une amélioration du suivi des enfants vulnérables</li> </ul>

▶ Projet 1 : Mettre en place des filières périnatales physiologiques et pathologiques	
Description	
Développer des parcours adaptés au caractère physiologique ou pathologique des grossesses, autour des lieux de résidence des patientes	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Conseil départemental (PMI)</li> <li>• Etablissements de santé</li> <li>• URPS</li> <li>• Médecins gynécologues obstétriciens, pédiatres, généralistes, hospitaliers et libéraux</li> <li>• Sages-femmes libérales et hospitalières</li> <li>• Puéricultrices libérales et hospitalières</li> <li>• Services sociaux</li> <li>• GIP-RASPEG et réseau périnatalité</li> <li>• Associations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parturientes</li> <li>• Nourrissons et jeunes enfants</li> <li>• Familles</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre et de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification de parcours de santé périnatale selon les lieux de résidence</li> <li>• Identification de filières physiologiques et pathologiques</li> </ul>	
▶ Projet 2 : Mettre en place un réseau de suivi des enfants vulnérables	
Description	

Le réseau de suivi des enfants vulnérables initié par la mise en place de la mission Zika peut se développer et se poursuivre pour assurer une cohérence et une synergie renforcée des interventions du suivi spécifique des enfants vulnérables (prématurés, enfants exposés aux zika, enfants porteurs de pathologies chroniques ou de handicap etc.)

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Conseil départemental (PMI)</li> <li>• Etablissements de santé</li> <li>• URPS</li> <li>• Médecins pédiatres, généralistes, hospitaliers et libéraux</li> <li>• Sages-femmes libérales et hospitalières</li> <li>• Puéricultrices libérales et hospitalières</li> <li>• Services sociaux</li> <li>• CAMSP</li> <li>• Kinésithérapeutes</li> <li>• Orthophonistes</li> <li>• Psychomotriciens</li> <li>• GIPRASPEG et réseau périnatalité</li> <li>• Associations</li> <li>• Structures d'accueils petite enfance</li> <li>• Education nationale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nourrissons et jeunes enfants</li> <li>• Familles</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre et de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de partenaires impliqués</li> <li>• Nombres de protocoles de suivi rédigés</li> <li>• Nombre d'enfants inclus</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 3 : Associer et coordonner au niveau régional les actions des différents institutions et professionnels</b></p>	
<b>Description</b>	
<p>La coordination régionale des acteurs sur un territoire archipélagique permet d'améliorer la qualité des interventions, de promouvoir la sécurité des soins et la qualité de prise en charge. Elle passe par la mise en place d'outils innovants permettant le partage d'informations</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Conseil départemental (PMI)</li> <li>• Etablissements de santé</li> <li>• URPS</li> <li>• Médecins gynécologues obstétriciens, pédiatres, généralistes, hospitaliers et libéraux</li> <li>• Sages-femmes libérales et hospitalières</li> <li>• Puéricultrices libérales et hospitalières</li> <li>• Services sociaux</li> <li>• CAMSP</li> <li>• Kinésithérapeutes</li> <li>• Orthophonistes</li> <li>• Psychomotriciens</li> <li>• GIPRASPEG et réseau périnatalité</li> <li>• Associations</li> <li>• Structures d'accueils petite enfance</li> <li>• Education nationale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parturientes</li> <li>• Nourrissons et jeunes enfants</li> <li>• Familles</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre et de mise en œuvre</b>	

- Déploiement de dispositifs de coordination

Document soumis à consultation



## ⇒ Parcours de santé des personnes en situation de handicap

Finalité
<p>Les besoins exprimés par les personnes en situation de handicap ont évolué, et la réponse sous la forme de places dans un établissement ou service ne suffit plus pour tenir compte de la diversité des aspirations des personnes et de la volonté d'une plus grande inclusion et intégration dans la Cité.</p> <p>La modernisation et la transformation de l'offre médico-sociale en faveur des personnes en situation est nécessaire pour répondre à ce double enjeu : améliorer la prise en charge des personnes et l'accompagnement de leurs aidants, notamment sans solution d'un côté, et développer une offre plus inclusive et renforcer l'accompagnement à domicile, de l'autre. Cette modernisation s'inscrit dans les évolutions réglementaires récentes (réponse accompagnée pour tous, mise en œuvre du dispositif ITEP, stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale...).</p> <p>Enfin, de manière à mieux accompagner ces évolutions, deux autres enjeux doivent trouver des réponses : d'une part l'amélioration de la connaissance et l'observation des besoins des personnes en situation de handicap et des situations sans réponse ; d'autre part, le renforcement du diagnostic et du dépistage précoces.</p>
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Améliorer la connaissance de la situation du handicap</li> <li>▶ Projet 2 : Améliorer la précocité du diagnostic et l'accompagnement de la personne en situation de handicap</li> <li>▶ Projet 3 : Favoriser l'accès à l'ensemble des dispositifs de droit commun inclusifs</li> <li>▶ Projet 4 : Promouvoir des dispositifs d'accompagnement coordonné aux étapes charnières du parcours de vie des personnes en situation de handicap et renforcer le soutien aux aidants</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Un dépistage plus précoce du handicap et une meilleure coordination entre les acteurs du repérage</li> <li>→ Des outils de connaissance du handicap et des situations complexes plus opérants et partagés</li> <li>→ Une plus grande inclusion des adultes et enfants en situation de handicap en milieu scolaire et professionnel</li> <li>→ Un renforcement des dispositifs de soutien aux aidants</li> </ul>

▶ <b>Projet 1 : Améliorer la connaissance de la situation du handicap</b>	
Description	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagner la MDPH pour la mise à jour des données sur les déficiences, orientations et décisions de la population en situation de handicap. Une cartographie du handicap sera mise en place pour des actions préventives si possible</li> <li>• Evaluer le risque de handicap lié aux pathologies émergentes (cf. zika), en lien avec les services LAV de l'ARS, les médecins et le médico-social</li> <li>• Effectuer un suivi des notifications de la CDAPH pour identifier les ruptures ou risques de rupture prises en charge. Effectuer un suivi des orientations de la CDAPH par l'exploitation des données de VIA TRAJECTOIRE-PH (rôle de la MDPH).</li> <li>• Informer et former les acteurs</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• MDPH</li> <li>• ARS</li> <li>• Conseil départemental</li> <li>• Assurance Maladie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ESSMS</li> <li>• Personnes en situation de handicap</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place de Via Trajectoire et suivi des orientations</li> <li>• Nombre d'action d'accompagnement de la MPDH mise en œuvre</li> <li>• Existence à la MDPH d'une base de données à jour par typologie de déficiences</li> <li>• Existence d'une cartographie du handicap</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'ESMS ayant mis en place et utilisant Via Trajectoire</li> <li>• Nombre d'orientation MDPH non suivies d'effet</li> <li>• Nombre d'actions d'information et de formations réalisées envers les acteurs concernés pour connaître la situation du handicap</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 2 : Améliorer la précocité du diagnostic et l'accompagnement de la personne en situation de handicap</b></p>	
<p><b>Description</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer un portail d'information sur les dispositifs médico-sociaux et d'accompagnement des personnes en situation de handicap</li> <li>• Améliorer la connaissance des professionnels de santé: annonce du diagnostic, coordination avec les acteurs du territoire, dépistage précoce</li> <li>• Renforcer le rôle des CAMSP dans le cadre d'une approche coordonnée avec les professionnels de santé, et du secteur éducatif</li> <li>• Créer des pôles de compétence et de prestations externalisées sur l'ensemble du territoire (PCPE)</li> </ul>	
<p><b>Acteurs concernés</b></p>	<p><b>Population cible</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Conseil Départemental</li> <li>• MDPH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ESSMS</li> <li>• Personnes en situation de handicap et leur famille</li> </ul>
<p><b>Indicateurs de mise en œuvre</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de personnes accédant au portail d'information (taux de fréquentation)</li> <li>• Nombre de professionnels formés au dépistage précoce, à l'annonce du diagnostic</li> <li>• Evolution du nombre d'enfants adressés aux CAMSP, dont nombre de nouveaux enfants diagnostiqués comme porteurs d'un ou plusieurs handicaps</li> <li>• Mise en place de PCPE (nombre, couverture territoriale)</li> <li>• Nombre de personnes en situation de handicap accompagnées par le dispositif PCPE</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 3 Favoriser l'accès à l'ensemble des dispositifs de droit commun inclusifs</b></p>	
<p><b>Description</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer l'accès à l'enseignement (école, université, formation continue, etc.), en lien avec l'Education Nationale et les ESMS (UEM, classes externalisées, établissement régional d'enseignement adapté-EREA doté d'internat)</li> <li>• Créer des places en habitat inclusif</li> <li>• Déployer des dispositifs et des outils pour améliorer les parcours de santé des personnes en situation de handicap: dispositifs de consultations dédiées, fiches de liaison, convention établissement de santé/ établissement médico-social. Développer le partenariat ESMS/clubs sportifs (expérimentation sur un ou deux sites pilotes)</li> <li>• Mettre en place le dispositif d'emploi accompagné</li> </ul>	
<p><b>Acteurs concernés</b></p>	<p><b>Population cible</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Conseil départemental</li> <li>• Rectorat</li> <li>• MDPH</li> <li>• DIECCTE</li> <li>• AGEFIPH</li> <li>• ESMS</li> <li>• UEROS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes en situation de handicap</li> </ul>
<p><b>Indicateurs de mise en œuvre</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés</li> <li>• Mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné</li> <li>• Nombre de personnes recrutées dans le milieu ordinaire du travail (secteur privé et secteur public) grâce aux actions réalisées dans le cadre du dispositif emploi accompagné</li> <li>• Mise en œuvre du dispositif habitat inclusif</li> <li>• Nombre de places d'habitat inclusif créées (</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de personnes en situation de handicap ayant bénéficié de ce dispositif</li> <li>• Mise en œuvre d'une expérimentation visant à renforcer le partenariat entre ESMS et club sportif</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 4 : Promouvoir des dispositifs d'accompagnement coordonné aux étapes charnières du parcours de vie des personnes en situation de handicap et renforcer le soutien aux aidants</b></p>	
<p><b>Description</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer et identifier des dispositifs de répit</li> <li>• Faciliter les échanges entre les familles et les professionnels dans le parcours de vie des personnes en situation de handicap: plateforme sécurisée ....</li> <li>• Créer des équipes mobiles sanitaires/ médico-sociales</li> </ul>	
<p><b>Acteurs concernés</b></p>	<p><b>Population cible</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Conseil départemental</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• Etablissements de santé</li> <li>• ESSMS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes en situation de handicap</li> <li>• Aidants</li> </ul>
<p><b>Indicateurs de mise en œuvre</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de places nouvelles créées en accueil temporaire / accueil de jour</li> <li>• Nombre de structures de répit créées pour les aidants</li> <li>• Nombre d'équipes mobiles sanitaires et médico-sociales créées sur le territoire : couverture territoriale et nombre de personnes différentes bénéficiaires</li> </ul>	

## ⇒ Parcours de santé des personnes âgées

Finalité
<p>L'objectif est d'assurer un vieillissement harmonieux et en bonne santé le plus long possible et donc de retarder l'entrée dans la dépendance. Ce « bien vieillir » est développé dans le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie (septembre 2015) que chaque région et chaque département, doit mettre en œuvre notamment grâce à la réunion de tous les partenaires au sein de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.</p> <p>Il est démontré qu'une activité physique régulière, une bonne alimentation, des stimulations cognitives et, si nécessaire un traitement pharmacologique, retardent l'entrée dans la dépendance et permettant de contribuer au maintien de la fonction.</p> <p>L'enjeu de prévention de la perte d'autonomie passe à la fois par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La promotion de la qualité de vie de la personne et le développement d'actions dédiées</li> <li>- Le repérage précoce des fragilités et autres syndromes gériatriques des personnes</li> <li>- Le développement du soutien à domicile et l'étayage de la personne à domicile par l'accès à des prises en charge séquentielles</li> <li>- Le travail autour de la coordination domicile / établissement et hospitalisation – l'hospitalisation pouvant représenter une véritable rupture dans le parcours de vie de la personne</li> <li>- L'amélioration de l'accès et de la qualité des prises en charge en EHPAD</li> <li>- L'accès à des compétences spécialisées, notamment au domicile, permettant d'assurer des prises en charge adaptées</li> </ul>
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Promouvoir le bien vieillir et améliorer la qualité de vie de la personne âgée</li> <li>▶ Projet 2 : Améliorer le repérage précoce et l'évaluation de la fragilité de la personne âgée</li> <li>▶ Projet 3 : Favoriser le soutien à domicile et l'accès à des prises en charge alternatives ou séquentielles</li> <li>▶ Projet 4 : Prévenir l'hospitalisation et améliorer les conditions d'admission et de sortie de la personne âgée</li> <li>▶ Projet 5 : Adapter l'offre à des prises en charge spécifiques et poursuivre l'amélioration de la qualité des prises en charge en EHPAD</li> <li>▶ Projet 6 : Faciliter l'accès de la personne âgée aux compétences spécialisées</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Une augmentation de l'âge moyen d'entrée dans la dépendance</li> <li>→ Augmentation du nombre de programmes de prévention élaborés / financés via la Conférence des financeurs de la perte d'autonomie</li> <li>→ Le partage et l'utilisation d'outils communs de repérage et de diagnostic de la fragilité</li> <li>→ Le développement de solutions séquentielles ou alternatives au domicile</li> <li>→ Le développement de solutions de répit pour les aidants</li> <li>→ L'amélioration de la coordination ville-domicile-hôpital</li> </ul>
▶ Projet 1 : Promouvoir le bien vieillir et améliorer la qualité de vie de la personne âgée
Description
<p><b>Mettre en œuvre le programme régional de développement d'actions de prévention « multi-domaine » impulsé par la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie :</b></p> <p><i>Actions visant à améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• des actions de communication, de sensibilisation et d'information sur notamment l'intérêt d'une alimentation saine, d'une activité physique adaptée régulière, sur la promotion et le maintien du lien social, sur les bienfaits du maintien d'une vie affective et sexuelle, mais aussi sur les effets néfastes, à titre d'exemple, de la consommation excessive d'alcool et du tabac :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ateliers nutrition,</li> </ul> </li> </ul>

- Ateliers activités physiques et sportives,
- Ateliers équilibre,
- Ateliers vie affective et sociale,
- Ateliers de l'Université du Temps Libre : langues, théâtre, gymnastique, connaissance du monde contemporain, ...
- de nouvelles technologies de l'information et de la communication par la mise en place de :
  - Plateforme numérique en web - type réseau social –en cours de déploiement par l'IREPS - destinée aux séniors déjà connectés, mettant à disposition des informations locales et régionales, des recettes de cuisine, des dates de manifestations culturelles ou sportives, d'événements régionaux ....
- Ateliers de sensibilisation et de familiarisation au numérique et aux nouvelles technologies pour aider à leur utilisation et, par exemple, faciliter certaines démarches administratives des actions de communication sur les examens de dépistage à réaliser régulièrement concernant des maladies prioritaires comme le cancer du sein et le cancer du côlon, conjointement portées par l'INCA et la CNAMTS.
- des actions de prévention des maladies liées à l'âge et des incapacités entraînées par les maladies chroniques.

*Actions visant à prévenir les pertes d'autonomie évitables*

- nouvelles technologies de l'information et de la communication:
  - système de vidéo-vigilance automatisé pour prévenir les risques de chutes, de déambulation et d'errance,
  - dispositif de simulation cognitive ludique et culturel pour allier plaisir du jeu et connaissances mais aussi pour prévenir et repérer les troubles caractérisés par la détérioration progressive des capacités à penser et de la mémoire.
- actions de prévention à déployer par les quatre SPASAD du territoire :
  - repérage de la dénutrition,
  - alerte et signalement d'isolement, de fragilité, de perte d'autonomie, ....

*Actions visant à éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité*

- Mettre en place et étendre à tout le territoire les actions de la plateforme d'aides techniques régionale financée par la commission des financeurs qui prévoit la mise à disposition d'aides techniques adaptées au handicap et à l'environnement de la personne dans le cadre d'une économie circulaire.
- Améliorer l'accessibilité du domicile par la prise en charge financière de travaux d'adaptation évalués par une équipe multi-professionnelle.
- Adapter le cadre de vie à l'état particulier de la personne en perte d'autonomie par l'installation d'aides techniques, besoins évalués par une équipe multi-professionnelle.

*Actions visant à réduire les inégalités sociales de santé :*

- étendre sur tout le territoire les actions multi-domaines (nutrition, sport, cognition, accompagnement solidaire favorisant le maintien du lien social les réponses aux difficultés financières, ...) évaluées et probantes pour prévenir la dépendance et les rendre accessibles à tous, notamment aux personnes les plus fragilisées, vulnérables et/ou isolées.
- développer des actions déjà mises en place dans ce cadre :
  - Equipe mobile sur le bien vieillir, bus information/prévention : ateliers et sessions d'information organisées au plus près de la population,
  - Ateliers d'information sur la prévention et l'accès aux droits.

**Former les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie**

- Des formations dédiées aux personnels des SPASAD notamment pour :
  - le repérage et la prise en charge de la fragilité notamment des personnes les plus vulnérables et les plus éloignées de l'accès à l'information, à la prévention et aux soins,

- l'optimisation des bonnes pratiques et le suivi des recommandations, notamment, pour la bientraitance mais aussi sur d'autres thématiques,
- l'information et l'accompagnement des proches aidants.....
- Des formations dédiées aux proches aidants.

La mise en place des formations pourra s'appuyer sur la plateforme d'aides techniques qui dispose d'un centre de formation et propose les formations suivantes :

- L'utilisation des aides techniques,
- La compensation des incapacités.

#### Développer la recherche et l'évaluation des stratégies

- un **conseil scientifique** composé d'experts (gérontologues, gériatres, épidémiologistes) dans le domaine a pour mission de contribuer à l'évaluation des actions et des projets proposés annuellement et inscrits au programme coordonné de financement et, d'autre part, de confirmer leur pertinence.
- Dans de même objectif, un **projet de recherche (2018/2022) intitulé « Approche épidémiologique multidisciplinaire du vieillissement »**, plus communément appelé KASA (KARukera Studies of Ageing) sera piloté par l'équipe de gériatrie nouvellement créée au CHU de Pointe-à-Pitre.

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membres de la Conférence des financeurs de la perte d'autonomie</li> <li>• Plateforme d'aides techniques</li> <li>• SPASAD</li> <li>• Equipe de gériatrie du CHU de Pointe-à-Pitre</li> <li>• Médecins traitants</li> <li>• Experts en gériatrie et prévention de la perte d'autonomie</li> <li>• Club du 3<sup>ème</sup> âge</li> <li>• CCAS</li> <li>• DJSCS</li> <li>• Université (STAPS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées dépendantes</li> <li>• Personnes âgées en perte d'autonomie</li> <li>• Proches aidants</li> <li>• Professionnels intervenant auprès de personnes âgées</li> </ul>

#### **Indicateurs de mise en œuvre**

- Existence de la plateforme numérique en web
- Nombre de personnes utilisatrices de la plateforme numérique en web mise en place par l'IREPS
- Nombre de logements équipés d'un dispositif expérimental domotique et résultats de l'étude sur cette expérimentation
- Nombre de personnes ayant bénéficié d'une aide technique
- Nombre de personnes ayant bénéficié d'une action d'amélioration de l'accessibilité de leur domicile
- Nombre de personnes âgées touchées par une action visant à réduire les inégalités sociales
- Nombre de professionnels formés à la prévention
- Nombre de personnes âgées participant aux ateliers
- Nombre de réunions du conseil scientifique
- Nombre de personnes entrées dans l'étude KASA sur les 1000 prévues
- Nombre de valorisations scientifiques de l'étude KASA réalisées, dont nombre publiées

#### **► Projet 2 : Améliorer le repérage précoce et l'évaluation de la fragilité de la personne âgée**

##### **Description**

- **Déployer l'outil de repérage précoce validé par l'HAS et partagé en soins ambulatoire**
- Déploiement sur tout le territoire de la grille de repérage des fragilités validée en soins primaires (Phénotype de Fried et ses variantes)
- Déploiement du protocole de coopération interventions d'IDE libérales à domicile afin de diagnostiquer la fragilité du sujet âgé (IDE formée en gériatrie)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Former d'autres professionnels de santé à l'outil de repérage</li> <li>▶ <b>Développer les dispositifs spécialisés d'évaluation de la fragilité et de mobilisation des ressources nécessaires</b> Elargir les dispositifs d'évaluation et de diagnostic de la fragilité en permettant à d'autres acteurs d'évaluer et de diagnostiquer la fragilité (Evaluation Gériatrique Standardisée) par l'intervention d'équipes pluridisciplinaires (création d'hôpitaux de jour gériatrique, ...) et adressés par le médecin traitant</li> <li>▶ <b>Renforcer l'expertise paramédicale à domicile</b> Participation des IDE à l'évaluation de la pertinence de l'hospitalisation sous responsabilité médicale, Repérage de la fragilité systématisé</li> <li>▶ <b>Mettre en place le passeport LIN</b> Mise en place du passeport LIN sur le repérage et l'évaluation de la fragilité par le biais du : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ E-learning et/ou la mise en place d'une plateforme de formation</li> <li>○ Développement Professionnel continu (DPC)</li> </ul> </li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Conseil départemental</li> <li>• SSIAD</li> <li>• Infirmiers libéraux</li> <li>• MAIA</li> <li>• PTA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées en perte d'autonomie</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place du passeport LIN</li> <li>• Nombre de communes sur lesquelles la grille de repérage des fragilités a été instituée</li> <li>• Nombre d'IDE libérales (libéraux) formés</li> <li>• Nombre d'autres professionnels formés et utilisateurs</li> <li>• Nombre de personnes âgées repérées et évaluées</li> </ul>	
Projet 3 : Favoriser le soutien à domicile et l'accès à des prises en charge alternatives ou séquentielles	
Description	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Faire émerger des modes de prises en charge alternatifs innovants</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Repenser l'accompagnement de nuit en favorisant l'approche intergénérationnelle (hébergement chez les personnes âgées de jeunes étudiants, ...) et en rendant possible l'accueil de nuit en Établissement</li> <li>○ Hébergement de courte durée (urgence sociale, accueil de week-end, vacances, sorties d'hospitalisation)</li> <li>○ Accueil de jour itinérant</li> </ul> </li> <li>▶ <b>Développer le dispositif Mona Lisa et un dispositif d'animation de proximité avec des animateurs en gérontologie</b></li> <li>▶ <b>Développer les services à domicile</b> (portage de repas, agencement du domicile, visites à domicile d'association de loisirs, culturelles...)</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Conseil départemental</li> <li>• Collectivités locales – communes, Communautés d'agglomération, CCAS</li> <li>• SAAD</li> <li>• SSIAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées en perte d'autonomie ou isolées à domicile</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Associations locales</li> </ul>	
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de nouvelles structures de répit mises en place</li> <li>Evolution du nombre de personnes accueillies en structure de répit</li> <li>Offre de services à domicile : évolution du nombre de services à domicile créés par nature (autorisés et encadrés via les CPOM)</li> <li>Evolution du nombre d'adhérents au dispositif Mona Lisa</li> </ul>	
<b>Projet 4 : Prévenir l'hospitalisation et améliorer les conditions d'admission et de sortie de la personne âgée</b>	
<b>Description</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Mettre en place un accueil médical dédié dans les services des urgences avec un numéro unique pour la régulation à destination des médecins traitants et des médecins coordonnateurs</b></li> <li>▶ <b>Maintenir les capacités fonctionnelles de la personne âgée en diminuant la durée d'hospitalisation et en évitant les ré-hospitalisations (référentiel HAS de juin 2013)</b> Rôle de l'équipe mobile dans les services d'hospitalisation Échelle ADL de 6 items à intégrer dans les dossiers informatisés, à coter lors de l'entrée en hospitalisation, au cours de l'hospitalisation et à la sortie. Cette échelle devrait être déployée dans l'ensemble des services hospitaliers</li> <li>▶ <b>Accompagner la sortie d'hospitalisation par le recours à des dispositifs innovants</b> Renforcement de l'hébergement temporaire et extension du dispositif «sorties difficiles» en lien avec la filière gériatrique (prestataires médico-techniques, PTA, ...) pour les zones sud et nord Basse-Terre et dans les Iles du Nord</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ARS</li> <li>Conseil départemental</li> <li>EHPAD</li> <li>SSIAD</li> <li>Etablissements de santé (dont CHU, CHBT – services d'urgences, SSR)</li> <li>PTA</li> <li>HAD</li> <li>Prestataires médico-techniques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personnes âgées en perte d'autonomie à domicile ou en établissement</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place effective de solutions d'accueil à l'issue d'une hospitalisation</li> <li>Evolution de l'intervention de l'équipe mobile : évolution du nombre de patients pris en charge</li> <li>Nombre de postes mutualisés entre les EHPAD</li> </ul>	
<b>Projet 5 : Adapter l'offre à des prises en charge spécifiques et poursuivre l'amélioration de la qualité des prises en charge en EHPAD</b>	
<b>Description</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Adapter l'accompagnement aux personnes handicapées vieillissantes en EHPAD et résidence autonomie</li> <li>▶ Apporter des réponses aux personnes âgées ayant des troubles du comportement (équipe mobile psychiatrique, UCC) : mise en place de 2 UCC</li> <li>▶ Développer un système d'astreinte d'IDE la nuit par territoire afin de couvrir les besoins en EHPAD et dans les services de gériatrie</li> <li>▶ Mutualisation de postes en EHPAD/ou rôle des SSIAD: modalités pratiques de mise en œuvre à étudier</li> <li>▶ Poursuivre les actions déjà engagées et en développer d'autres en matière de prévention (préservation de l'autonomie en EHPAD)): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Programme d'activité physique adaptée et de prévention de la nutrition,</li> <li>○ Programme de prévention de promotion de la santé bucco-dentaire</li> </ul> </li> </ul>	



<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prise en charge des troubles de l'audition par un diagnostic régulier</li> <li>○ Prévention du suicide</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Améliorer la qualité de la prise en charge et la bientraitance des résidents en EHPAD par la formation des professionnels sur des thématiques spécifiques: nutrition, animation, sexualité, troubles du comportement, risques infectieux, droits des usagers; fin de vie, et labellisation humanitude</li> <li>▶ Réaliser une étude épidémiologique longitudinale en EHPAD « KASEPHAD» pour mesurer l'incidence et les conséquences économiques des pneumopathies avec une étude d'impact (à partir d'un échantillon de 400 personnes)</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Conseil départemental</li> <li>• Conseil régional</li> <li>• EHPAD</li> <li>• Résidences autonomes</li> <li>• EMPP</li> <li>• SSR gériatriques</li> <li>• CPIAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes handicapées vieillissantes</li> <li>• Personnes âgées dépendantes en établissement</li> <li>• Personnes âgées présentant des troubles en santé mentale</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place des 2 UCC</li> <li>• Nombre d'établissements ayant mis en place 1 astreinte</li> <li>• Nombre de postes d'IDE de nuit mutualisés</li> <li>• Evolution du nombre de personnes handicapées vieillissantes accueillies en EHPAD</li> <li>• Nombre de professionnels des EHPAD et des résidences autonomie formés sur les thématiques ciblées</li> <li>• Nombre d'EHPAD labellisés humanitude</li> <li>• Nombre de professionnels formés à l'humanitude</li> </ul>	
▶ <b>Projet 6 : Faciliter l'accès de la personne âgée aux compétences spécialisées</b>	
Description	
<p>▶ <b>Accompagner les projets de télémédecine afin de favoriser l'accès à des compétences spécialisées pour des situations complexes</b></p> <p>La télémédecine aujourd'hui peu employée, est l'une des réponses à la question de la démographie médicale, à l'accès des personnes âgées aux soins et au besoin de rendre le système globalement plus performant dans un contexte de budget contraint. Il s'agit d'accompagner les projets de télémédecine spécifiques (problématique de mobilité des personnes âgées) afin de favoriser l'accès à des compétences spécialisées pour des situations complexes, cette proposition passe par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la formation des professionnels dans les domaines de la gériatrie et de la gérontologie, acculturation des acteurs de la filière gériatrique à la problématique psychiatrique</li> <li>- l'accompagnement à la mise en œuvre et la mutualisation des projets de télémédecine en EHPAD (équipements, conventions)</li> <li>- l'accès à l'oncogériatrie</li> <li>- l'accès à la gérontopsychiatrie (lien avec le PTSM)</li> </ul> <p>▶ <b>Favoriser les interventions spécialisées hors les murs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipes mobiles de Gériatrie</li> <li>- Equipes mobiles de Gérontopsychiatrie</li> <li>- Equipes mobiles de soins palliatifs spécifiques (problématique de mobilité des personnes âgées) notamment en EHPAD</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Etablissements de santé et équipes mobiles</li> <li>• EHPAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes, à domicile ou en établissement</li> </ul>

**Indicateurs de mise en œuvre**

- Nombre de projets de télémédecine dans le champ de la gériatrie
- Evolution de nombre de patients pris en charge / touchés par les équipes mobiles

Document soumis à consultation

## ⇒ Parcours des femmes victimes de violences

Finalité
Il s'agit ici de détecter les mineures et femmes victimes de violences, de les accompagner dans leurs démarches de santé, et assurer leurs soins et leur sécurité à la sortie du système de soins
Programme d'actions à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Renforcer le repérage des femmes victimes de violences dans le système de santé</li> <li>▶ Projet 2 : Renforcer la visibilité des dispositifs existants</li> <li>▶ Projet 3 : renforcer la coordination au niveau régional des actions des différents intervenants</li> <li>▶ Projet 4 : Définir un circuit protégé intra hospitalier</li> <li>▶ Projet 5 : Préparer la sortie sécurisée du système sanitaire</li> </ul>
Résultats attendus
→ Une meilleure coordination des acteurs facilitant la prise en charge et l'orientation dans le système de santé des femmes victimes de violences

▶ Projet 1 : Renforcer la détection dans le système de santé	
Description	
<p>Pour reconnaître les signes évocateurs de violences et permettre la prise en charge par le système de santé et éventuellement médico-judiciaire, la formation des professionnels de santé sur cette question est essentielle. L'ARS s'assurera de la mise en œuvre de plans de formation dans la région, intégrés à la fois dans les programmes de formation initiale et les plans de formation des établissements. Les CPOM témoigneront de l'engagement de chacun</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil départemental</li> <li>• Conseil Régional</li> <li>• Médecine ambulatoire</li> <li>• Conseil de l'ordre, URPS</li> <li>• Etablissements de santé (professionnels des services des urgences, médecins, assistants sociaux)</li> <li>• Système médico-judiciaire</li> <li>• Associations</li> <li>• Réseau de périnatalité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Victimes de violences</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• nombre de formations proposées</li> <li>• nombre de médecins formés</li> <li>• nombre de sages-femmes formées</li> <li>• évolution du nombre de femmes détectées</li> </ul>	
▶ Projet 2 : Renforcer la visibilité des dispositifs existants	
Description	
<p>Afin de faciliter l'identification et la révélation des violences, une meilleure visibilité des dispositifs existants est nécessaire. Il s'agit ainsi de disposer d'un annuaire actualisé, de contribuer à la diffusion des numéros utiles comme par exemple le 3919, téléphone danger ... La visibilité des dispositifs existants passe aussi par la cartographie des principales structures associatives spécialisées dans l'accompagnement des femmes victimes de violences</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil départemental</li> <li>• Associations</li> <li>• CIDFF</li> <li>• Réseau de périnatalité (GIP-RASPEG)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Victimes</li> <li>• Grand public</li> <li>• Professionnels</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un annuaire</li> <li>• Existence d'une cartographie</li> <li>• Insertion sur les sites internet établissements de santé et ARS</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 3 : Renforcer la coordination au niveau régional des actions des différents intervenants</b></p>	
<p align="center"><b>Description</b></p>	
<p>L'inscription de la prise en charge des femmes victimes de violence dans les projets médicaux partagés de la région facilitera une meilleure coordination de l'action de chaque partie prenante, elle favorisera notamment l'intervention de la communauté médicale et la mutualisation des compétences à mobiliser au regard des situations rencontrées. Les possibilités de prise en charge psychologique de la victime par du personnel formé, première étape du processus de reconstruction, doivent être garanties. Cet accès sera inscrit au projet territorial de santé mentale</p>	
<p align="center"><b>Acteurs concernés</b></p>	<p align="center"><b>Population cible</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etat</li> <li>• ARS</li> <li>• Conseil départemental</li> <li>• Médecine ambulatoire</li> <li>• CDOM, URPS</li> <li>• Etablissements de santé (professionnels des services des urgences, médecins, assistants sociaux)</li> <li>• Système médico-judiciaire</li> <li>• Associations</li> <li>• Réseau de périnatalité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Victimes</li> </ul>
<p><b>Indicateurs de mise en œuvre</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PMP</li> <li>• Inscription au PMP et dans le PTSM</li> <li>• Offres de consultation psychologique et organisation</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 4 : Définir un circuit protégé intra hospitalier</b></p>	
<p align="center"><b>Description</b></p>	
<p>La désignation d'un référent violence dans les établissements dotés d'un service d'urgence ou d'un service de gynécologie-obstétrique favorisera l'organisation et la coordination de la prise en charge hospitalière. Ces référents seront formés aux psycho-traumatismes. L'appui de sages-femmes ou d'IDE et d'assistants sociaux formés ainsi que des liens étroits avec les unités médico-judiciaires facilitent les orientations sécurisées.</p>	
<p align="center"><b>Acteurs concernés</b></p>	<p align="center"><b>Population cible</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecins, médecins légistes</li> <li>• Infirmières</li> <li>• Sages-femmes</li> <li>• Directeurs d'établissements de santé</li> <li>• ARS</li> <li>• UMJ</li> <li>• Conseil départemental (PMI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Victimes</li> </ul>
<p><b>Indicateurs de mise en œuvre</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de référents formés</li> <li>• Compétences mobilisées</li> <li>• Rapport d'activité présenté en CME</li> <li>• Inscription au CPOM des CH siège des services concernés</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 5 : Préparer la sortie sécurisée du système sanitaire</b></p>	
<p align="center"><b>Description</b></p>	
<p>Pour garantir l'information de la victime sur les dispositifs de prise en charge, garantir la qualité des orientations et permettre éventuellement le dépôt de plainte, la structuration en place dans l'établissement (compétences de coordination, professionnels de la santé mentale, du travail social) nourrit les différents</p>	

partenariats de la région. Il s'agit de faciliter l'entrée vers le réseau territorial d'aide aux victimes existant (associations dont celle d'aide aux victimes, d'hébergement le cas échéant), initier le suivi psychologique dans le souci de la maintenir dans la durée ainsi que le suivi médical de proximité

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La structure référente mise en place de l'établissement</li> <li>• Conseil départemental</li> <li>• Travailleurs sociaux</li> <li>• L'UMJ</li> <li>• Associations</li> <li>• Professionnels de la santé mentale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Victimes</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plaquettes et supports d'information adaptés</li> <li>• Procédures connues</li> <li>• Nombre de victimes orientées</li> </ul>	

Document soumis à consultation

## Objectif 2 : Améliorer les parcours autour de sujets clés de santé publique

### ⇒ Parcours maladies chroniques

Finalité
Il convient de s'assurer de l'orientation dans le système de santé, de la visibilité et de la fluidité du parcours de santé du patient porteur d'une maladie chronique en considérant les impacts sur sa vie quotidienne. Les maladies chroniques considérées sont les maladies non transmissibles (diabète, maladies cardiovasculaires), les maladies rares (drépanocytose), le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C, les maladies inflammatoires chroniques (rhumatismes inflammatoires) ainsi que les symptômes d'expression rhumatismale apparaissant plusieurs mois chez des patients ayant contracté le chikungunya.
Programme d'actions à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Améliorer le repérage, le dépistage et le diagnostic précoces des maladies chroniques</li> <li>▶ Projet 2 : Renforcer le dispositif d'annonce en prenant appui sur le contenu du guide de la HAS</li> <li>▶ Projet 3 : Faciliter la mission du médecin traitant comme coordonnateur du parcours de santé</li> <li>▶ Projet 4 : Garantir l'accès aux droits des patients et leurs aidants ainsi que l'accès territorialisé aux soins</li> <li>▶ Projet 5 : Développer la participation des patients aux programmes d'ETP</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Développement de projets de santé autour de la prise en charge des malades chroniques</li> <li>→ Des supports d'information et de communication adaptés aux populations</li> <li>→ Des médecins traitants pivot du parcours de la personne atteinte d'une maladie chronique</li> <li>→ Des programmes d'ETP qui impliquent davantage le patients / pairs et aidants</li> </ul>

▶ Projet 1 : Améliorer le repérage, le dépistage et le diagnostic précoces des maladies chroniques	
Description	
Le repérage, le dépistage et la prise en charge précoces des maladies chronique permettent un traitement plus efficace et améliorent considérablement la qualité de vie des personnes atteintes en retardant l'apparition des complications. Il convient de renforcer la mobilisation des professionnels de santé quant au contrôle systématique des facteurs de risques et la recherche des maladies chroniques dans les populations à risque. Il apparaît également indispensable de sensibiliser la population aux signes devant les alerter et les conduire à consulter un professionnel de santé.	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin traitant</li> <li>• Professionnels soignants de ville</li> <li>• GIP RASPEG</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population générale</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui de la PTA</li> <li>• Mesures incitatives aux dépistages par l'Assurance Maladie</li> <li>• Communication à l'attention de la population</li> </ul>	
▶ Projet 2 : Renforcer le dispositif d'annonce en prenant appui sur le contenu du guide de la HAS	
Description	
L'annonce d'une maladie est diversement reçue par les patients. Elle peut être vécue douloureusement et compromettre la compréhension de la maladie et retarder ainsi l'entrée en soin particulièrement en l'absence	

de symptômes. Il s'agit ainsi d'encourager le développement d'un dispositif d'annonce en référence au « guide annonce » de la HAS paru en 2014 quand l'analyse de la situation du patient le nécessite. Il est porté essentiellement par le médecin intégré ou non dans un réseau de professionnels pluri disciplinaires. L'annonce correspond à un temps d'assimilation par le patient des contraintes et limitations que son état médical occasionne et/ou va occasionner. Au-delà de la prise en charge thérapeutique, l'objectif du médecin est que le patient apprenne à vivre avec sa maladie.

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin traitant</li> <li>• Médecin spécialiste d'organe</li> <li>• Professionnels soignants de ville</li> <li>• COREVIH</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• ARS</li> <li>• Associations ayant des permanences téléphoniques pour aider à mieux comprendre la maladie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients</li> <li>• Aidants</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise à disposition du guide de la HAS</li> <li>• Adaptation régionale de ce guide</li> <li>• Possible instauration de mesures financières incitatives - ROSP ?</li> </ul>	
<b>► Projet 3 : Faciliter la mission du médecin traitant comme coordonnateur du parcours de santé</b>	
<b>Description</b>	
<p>Le médecin traitant coordonne le parcours du patient. Il consacre le temps nécessaire à l'écoute et à l'accompagnement de son patient dans son parcours de soins. Cependant la baisse de la démographie médicale tend à diminuer le temps disponible et à amplifier le besoin de collaboration avec d'autres professionnels de la ville, dont les pharmaciens, les kinésithérapeutes et les dentistes pour optimiser l'exercice de cette mission. Néanmoins afin de passer d'une logique de parcours de soins à la logique de parcours global de santé, le renforcement des associations de patients, la mise à contribution des CCAS, des dispositifs comme par exemple la plateforme territoriale d'appui (PTA) aux professionnels de santé porté par le GIP RASPEG, la mise en œuvre des plans d'action des CLS, apparaissent comme des leviers pertinents pour ancrer dans le milieu de vie la réponse à apporter tout au long de la maladie.</p>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin traitant</li> <li>• GIP RASPEG</li> <li>• Médecine de ville</li> <li>• Pharmaciens</li> <li>• Associations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients malades chroniques</li> <li>• Aidants</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui de la PTA</li> <li>• Activité des associations de patients</li> <li>• Articulation avec les CCAS</li> <li>• Inscription des parcours dans les CLS</li> </ul>	
<b>► Projet 4 : Garantir l'accès aux droits des patients et leurs aidants ainsi que l'accès territorialisé aux soins</b>	
<b>Description</b>	
<p>Il s'agit de renforcer et rendre accessible l'information du public, des patients sur leurs droits à l'information médicale partagée, aux droits sociaux, de permettre que patients et aidants se repèrent dans le parcours de santé</p> <p>Les mesures et dispositifs en faveur des aidants sont portés à connaissance par les moyens les plus adaptés – droit au répit, congé de proche aidant -</p>	

L'utilisation de l'e-santé (et par conséquent les progrès en cours sur la couverture numérique dans la région) vise à renforcer autour du patient la coordination sanitaire et sociale pour éviter dans ce dernier cas les retards de prise en charge sociale et faciliter le recours aux spécialistes pour des prises en charge en proximité.

La participation des pharmaciens et des dentistes est à encourager en favorisant leur formation des connaissances des maladies, la formation en ETP, pour renforcer le dépistage et la prévention des complications des maladies chroniques

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etat, collectivités, ARS, ASSURANCE MALADIE</li> <li>• Complémentaires santé</li> <li>• URPS</li> <li>• GCS Archipel santé</li> <li>• PTA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usagers</li> <li>• Malades chroniques et aidants</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La structuration d'une organisation de travail concertée entre professionnels de santé de ville dont les structures d'exercice regroupé, les Communautés professionnelles de territoire, les équipes de soins primaires, SOPHIA, AZALEE constituent des leviers mobilisables</li> <li>• La mise en place de mesures attentionnées pour certains publics, la lutte contre les refus de soins, PLANIR</li> <li>• Identification de professionnels de la coordination des parcours</li> </ul>	
<b>► Projet 5 : Renforcer l'autonomie des patients atteints de malades chroniques</b>	
<b>Description</b>	
<p>Développer la participation des patients aux programmes d'ETP (de l'élaboration à la mise en œuvre) et renforcer ainsi le parcours en ETP. Cela nécessite de leur part un niveau de compétence en littératie en santé suffisant, c'est-à-dire la capacité à comprendre, utiliser les informations pour agir en faveur de leur santé mais aussi de la capacité des soignants à transmettre l'information et renforcer la motivation à faire.</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Associations de patients</li> <li>• Médecin traitant</li> <li>• GIP RASPEG</li> <li>• Médecine de ville</li> <li>• Médecine hospitalière</li> <li>• DRCI</li> <li>• PSL, Banque alimentaire, Croix rouge française</li> <li>• Collectivités territoriales – CCAS, articulation avec les CLS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients malades chroniques</li> <li>• Aidants</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• appui de la PTA</li> <li>• activité des associations de patients</li> <li>• coordinations territoriales de l'ETP</li> <li>• évaluation de l'efficacité des mesures en faveur du renforcement de l'autonomie des patients</li> </ul>	



**Indicateurs d'évaluation**

- ✓ Filières de soins par territoire et par type de population structurées
- ✓ Fluidification du parcours des patients par territoire et entre la ville et l'hôpital
- ✓ Nombre de conventions avec les établissements support
- ✓ Nombre de partenariats public/privé formalisés
- ✓ Evolution du taux de recours au dépistage organisé des cancers

**Finalité**

Avec près de 1500 nouveaux cas par an, la prise en charge des cancers constitue un véritable enjeu notamment en termes d'organisation de l'offre, de sécurité des soins, de la prise en compte de l'évolution des prises en charge, d'accès aux examens et aux équipes les plus pertinentes.

Ces enjeux nécessitent une articulation forte entre les différentes étapes du parcours de la personne, dès le diagnostic initial de la maladie, et ce pour éviter toute perte de chance.

Par ailleurs, compte-tenu du déficit en ressources médicales et de l'insularité du territoire, il est important d'organiser la prise en charge des patients atteints de cancer selon des filières associant établissements publics et privés, ville-hôpital, dispositifs de coordination et d'information. Cette structuration doit tenir compte des spécialités d'organe, des territoires notamment en double insularité, de la pédiatrie et des personnes âgées.

Les actions entreprises doivent permettre :

- une coordination des acteurs et des échanges d'information accrus entre professionnels ;
- une coopération entre hôpital et la médecine de premier recours pour organiser la prise en charge du patient
- de déterminer des circuits clairs d'adressage notamment dans les situations complexes ;
- de placer le patient, au centre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
- de réduire les délais d'accès aux équipements et aux spécialistes.
- de créer des formules intermédiaires innovantes permettant un continuum de prise en charge
- de garantir au patient quel que soit son lieu de résidence des soins de proximité par une offre structurée et diversifiée en cancérologie.

**Programme d'actions à 5 ans**

- ▶ Projet structurant 1 : Organiser les filières de soins en cancérologie
- ▶ Projet structurant 2 : Renforcer le maillage territorial
- ▶ Projet structurant 3 : Améliorer l'articulation ville/hôpital et la coordination des professionnels de santé
- ▶ Projet structurant 4 : Améliorer l'accès au diagnostic et guérir plus de malades
- ▶ Projet structurant 5 : Pallier le déficit de ressources médicales en cancérologie
- ▶ Projet structurant 6 : Améliorer la vie pendant et après le cancer et limiter le risque de second cancer

**Résultats attendus**

- Meilleure lisibilité de l'organisation de la prise en charge en cancérologie
- Fluidification du parcours du patient
- Continuité de la prise en charge du patient
- Réseaux des professionnels de soins organisés
- Amélioration des outils de coordination et de partage d'information
- Identification de circuits clairs d'adressage
- Réduction des délais d'accès

**▶ Projet 1 : Organiser les filières de soins en cancérologie**

**Description**

Les conditions pour passer d'un parcours de soins à un parcours de santé assurant une continuité de la prise en charge, sans rupture, et répondant à l'ensemble des besoins des personnes atteintes et de leurs proches doivent être organisées. Quel que soit le territoire ou l'âge, le patient doit bénéficier d'une orientation ou d'une prise en charge adéquate dès la suspicion de cancer ou du diagnostic. De même les professionnels notamment de 1<sup>er</sup> recours doivent connaître les ressources disponibles pour assurer la prise en charge de leurs patients.

<p>Cette organisation va permettre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Garantir aux malades une équité d'accès aux soins en veillant à une juste répartition de l'offre de soins,</li> <li>○ Mettre en place une unité de coordination en oncogériatrie (UCOG)</li> <li>○ Organiser les filières onco-pédiatrique et onco-gériatrique.</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement de santé</li> <li>• Professionnels de santé libéraux</li> <li>• Réseau Karukéra onco</li> <li>• 3C</li> <li>• ARS</li> <li>• CGSS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients</li> <li>• Professionnels de santé</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structuration des filières</li> <li>• Etablissements associés</li> <li>• Conventions</li> <li>• GHT</li> </ul>	
▶ <b>Projet structurant 2 : Renforcer le maillage territorial</b>	
Description	
<p>Du diagnostic à l'annonce du cancer, la prise en charge thérapeutique et l'après-cancer, répondre aux besoins des patients exige une organisation des soins territoriale, graduée, sécurisée et adaptée, et ce au plus près des lieux de vie des patients. Cette organisation doit assurer des parcours fluides, sans discontinuité et dans une logique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.</p> <p>Cette organisation va permettre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Développer les consultations avancées en cancérologie dans les IDN et les IDS</li> <li>○ Développer la chimiothérapie à domicile à St Martin et à St Barthelemy</li> <li>○ Développer la télémédecine</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements de santé autorisés</li> <li>• Etablissements associés</li> <li>• Professionnels de santé libéraux</li> <li>• 3C</li> <li>• ARS</li> <li>• CGSS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients</li> <li>• Professionnels de santé</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorisations</li> <li>• Etablissements associés</li> <li>• Conventions</li> <li>• GHT</li> </ul>	
▶ <b>Projet 3 : Améliorer l'articulation ville/hôpital et la coordination des professionnels de santé</b>	
Description	
<p>De l'étape diagnostique à la prise en charge thérapeutique en passant par l'annonce de la maladie, le parcours du patient cancéreux est jalonné d'obstacles dont la résolution nécessite une meilleure coordination entre la médecine de ville et les professionnels hospitaliers. L'amélioration de la coordination ville-hôpital reste le meilleur levier pour améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires. Ce besoin est plus prégnant dans un contexte de déficit en médecins cancérologues, et la nécessité de développer la chimiothérapie ambulatoire.</p>	

<b>Actions :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Développer la coordination des acteurs par l'intervention d'infirmiers coordonnateurs</li> <li>○ Développer des outils de coordination et de partage entre professionnels de santé hospitaliers et libéraux</li> <li>○ Renforcer l'accompagnement des professionnels libéraux en améliorant l'accès et l'information sur la plateforme territoriale d'appui (PTA) ;</li> <li>○ Mettre en place une organisation permettant aux professionnels de participer à la formation médicale continue,</li> <li>○ Développer le travail en équipe entre médecins traitants, infirmiers libéraux et professionnels de l'HAD (protocoles communs en s'inspirant de ce qui existe).</li> <li>○ Renforcer le système d'information</li> <li>○ Accompagner la montée en charge des acteurs de ville pour une prise en charge de qualité plus en proximité du domicile</li> <li>○ Garantir au patient l'articulation entre l'hôpital et la ville à l'occasion de la consultation de fin de traitement</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin libéraux</li> <li>• Cancérologues hospitaliers</li> <li>• Professionnels soignants de ville</li> <li>• KARUKERA ONCO et 3C</li> <li>• GIP RASPEG</li> <li>• GCS Courbaril</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients</li> <li>• Professionnels de santé</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'infirmiers coordonnateurs</li> <li>• Recours à la PTA</li> <li>• Dossier communicant cancérologie</li> </ul>	
<b>► Projet 4 : Améliorer l'accès au diagnostic et guérir plus de malades</b>	
<b>Description</b>	
<p>Le diagnostic précoce du cancer améliore les chances de guérison et permet de réduire le coût du traitement. Les campagnes de dépistages permettent de soigner plus précocement des patients dont le cancer était ignoré. Pour ce faire, il est indispensable :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'améliorer le recours aux dépistages organisés en ciblant particulièrement les populations éloignées du système de soin,</li> <li>- de garantir aux malades une orientation adéquate dès le diagnostic du cancer,</li> <li>- d'améliorer l'information des populations concernées par les dépistages pour leur permettre de faire des choix éclairés,</li> <li>- de renforcer la sensibilisation du public aux différents symptômes du cancer et encourager les personnes à consulter ;</li> <li>- de lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages,</li> <li>- de développer les consultations d'oncogénétique et permettre un dépistage et une surveillance personnalisés aux personnes ayant une prédisposition familiale au cancer.</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin traitant</li> <li>• Médecin spécialiste d'organe</li> <li>• Professionnels soignants de ville</li> <li>• Cancérologues</li> <li>• KARUKERA Onco</li> <li>• Agwadec</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients</li> <li>• Population générale</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurance maladie</li> <li>ARS</li> <li>Centres de santé, MSP</li> </ul>	
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>AAP ciblés</li> <li>Appui Karukera Onco</li> <li>Interventions Agwadec</li> <li>Campagnes d'information</li> </ul>	
<b>► Projet structurant 5 : Pallier le déficit de ressources médicales en cancérologie</b>	
<b>Description</b>	
<p>La démographie des spécialistes en cancérologie est nettement inférieure à la moyenne nationale. Pour répondre aux besoins de la population, il convient d'augmenter les effectifs des oncologues et des radiothérapeutes et les fidéliser notamment en proposant des projets médicaux attractifs, des organisations de soins structurées, collaboratives et sécurisantes pour l'exercice des fonctions, des filières de prise en charge connues et organisées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Améliorer l'attractivité du territoire afin de faciliter le recrutement des médecins</li> <li>Fidéliser les professionnels par le renforcement des organisations structurées et des projets médicaux cadrés</li> <li>Favoriser les coopérations inter-établissements et les coopérations entre les hôpitaux de la Guadeloupe avec ceux de la métropole</li> <li>Développer les RCP inter établissements afin de renforcer le partage d'expériences et de pratiques professionnelles.</li> <li>Développer les activités de recherche et augmenter les postes de clinicat ;</li> <li>Anticiper la recherche de candidats pour les postes difficiles à pourvoir, notamment onco-gériatre, onco-pédiatre ;</li> <li>Garantir de bonnes conditions d'accueil et de formation des internes</li> <li>Mettre en place une organisation permettant aux professionnels de participer à la formation médicale continue.</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Etablissements de santé</li> <li>Praticiens hospitaliers</li> <li>Médecins</li> <li>ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etablissements de soins</li> <li>Médecins oncologues, radiothérapeutes</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de postes de praticiens ouverts</li> <li>Nombre de postes proposés aux internes</li> <li>Nombre de postes de clinicat</li> </ul>	
<b>► Projet structurant 6 : Améliorer la vie pendant et après le cancer et limiter le risque de second cancer</b>	
<b>Description</b>	
<p>Pour fluidifier et sécuriser le parcours du patient, il est impératif de proposer un accès facilité à l'information relative à l'offre de soins disponible : professionnels, établissements de santé, dispositifs de prise en charge coordonnés, thérapeutiques innovantes, soins de support, programmes d'éducation thérapeutique, programmes d'activité physique adaptée, pendant et après le cancer. Il convient de proposer à la population cible un égal accès aux soins, une prise en charge optimale et garantie adaptée, sécurisée, tracée et sans discontinuité. L'environnement et le contexte social et familial du patient doivent être connus et considérés par les professionnels de santé. Une approche globale de la prise en charge du patient doit permettre de l'accompagner à chaque étape de son parcours et prévenir les impacts de la maladie sur sa qualité de vie, physique et mentale, pendant et après le cancer.</p> <p>Il est donc nécessaire de renforcer la prise en compte de la situation sociale, environnementale et économique du patient par les professionnels, pour mieux évaluer ses besoins, et lui permettre de maintenir sa vie sociale dans son environnement habituel.</p> <p><u>Actions :</u></p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Adapter et renforcer le dispositif d'annonce</li> <li>○ Formaliser et mettre en œuvre l'accompagnement social personnalisé,</li> <li>○ Améliorer l'accès aux soins de support et assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades,</li> <li>○ Faciliter l'accès à une activité physique adaptée,</li> <li>○ Promouvoir le développement des programmes d'éducation thérapeutique des patients</li> <li>○ Faciliter l'accès des personnes atteintes de cancer qui en ont besoin aux aides à domicile</li> <li>○ Permettre à chaque malade de disposer d'un Programme Personnalisé en Soins (PPS) et d'un PPAC (Programme Personnalisé Après Cancer) prenant en compte l'ensemble de ses besoins</li> <li>○ Accompagner la qualité de la fin de vie en proposant une démarche palliative</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin traitant</li> <li>• KARUKERA Onco et 3C</li> <li>• Médecine de ville</li> <li>• Pharmaciens</li> <li>• Associations</li> <li>• Ligue contre le cancer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients</li> <li>• Population générale</li> </ul>
Indicateurs de moyen	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de DCC</li> <li>• Nombre de PPS</li> <li>• Nombre d'inscrits aux programmes d'ETP</li> <li>• Nombre de participants aux programmes d'APA</li> </ul>	

## ⇒ Parcours cancer

<b>Liens avec les programmes / plans d'action existants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plan cancer 2014-2019</li> <li>✓ Feuille de route régionale cancer</li> <li>✓ SNS Outre-Mer</li> </ul>
<b>Indicateurs d'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Filières de soins par territoire et par type de population structurées</li> <li>✓ Fluidification du parcours des patients par territoire et entre la ville et l'hôpital</li> <li>✓ Nombre de conventions avec les établissements support</li> <li>✓ Nombre de partenariats public/privé formalisés</li> <li>✓ Evolution du taux de recours au dépistage organisé des cancers</li> </ul>

### Finalité

Avec près de 1500 nouveaux cas par an, la prise en charge des cancers constitue un véritable enjeu notamment en termes d'organisation de l'offre, de sécurité des soins, de la prise en compte de l'évolution des prises en charge, d'accès aux examens et aux équipes les plus pertinentes.

Ces enjeux nécessitent une articulation forte entre les différentes étapes du parcours de la personne, dès le diagnostic initial de la maladie, et ce pour éviter toute perte de chance.

Par ailleurs, compte-tenu du déficit en ressources médicales et de l'insularité du territoire, il est important d'organiser la prise en charge des patients atteints de cancer selon des filières associant établissements publics et privés, ville-hôpital, dispositifs de coordination et d'information. Cette structuration doit tenir compte des spécialités d'organe, des territoires notamment en double insularité, de la pédiatrie et des personnes âgées.

Les actions entreprises doivent permettre :

- une coordination des acteurs et des échanges d'information accrus entre professionnels ;
- une coopération entre hôpital et la médecine de premier recours pour organiser la prise en charge du patient
- de déterminer des circuits clairs d'adressage notamment dans les situations complexes ;
- de placer le patient, au centre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
- de réduire les délais d'accès aux équipements et aux spécialistes.
- de créer des formules intermédiaires innovantes permettant un continuum de prise en charge
- de garantir au patient quel que soit son lieu de résidence des soins de proximité par une offre structurée et diversifiée en cancérologie.

### Programme d'actions à 5 ans

- ▶ Projet structurant 1 : Organiser les filières de soins en cancérologie
- ▶ Projet structurant 2 : Renforcer le maillage territorial
- ▶ Projet structurant 3 : Généraliser le dossier communicant de cancérologie (DCC) et mobiliser les outils de communication numérique au service de la coordination ville-hôpital
- ▶ Projet structurant 4 : Améliorer l'accès au diagnostic et guérir plus de malades
- ▶ Projet structurant 5 : Pallier le déficit de ressources médicales en cancérologie
- ▶ Projet structurant 6 : Améliorer la vie pendant et après le cancer et limiter le risque de second cancer

### Résultats attendus

- Meilleure lisibilité de l'organisation de la prise en charge en cancérologie
- Fluidification du parcours du patient
- Continuité de la prise en charge du patient
- Réseaux des professionnels de soins organisés
- Amélioration des outils de coordination et de partage d'information
- Identification de circuits clairs d'adressage
- Réduction des délais d'accès

► <b>Projet 1 : Organiser les filières de soins en cancérologie</b>	
<b>Description</b>	
<p>Les conditions pour passer d'un parcours de soins à un parcours de santé assurant une continuité de la prise en charge, sans rupture, et répondant à l'ensemble des besoins des personnes atteintes et de leurs proches doivent être organisées. Quel que soit le territoire ou l'âge, le patient doit bénéficier d'une orientation ou d'une prise en charge adéquate dès la suspicion de cancer ou du diagnostic. De même les professionnels notamment de 1<sup>er</sup> recours doivent connaître les ressources disponibles pour assurer la prise en charge de leurs patients.</p> <p>Cette organisation va permettre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Garantir aux malades une équité d'accès aux soins en veillant à une juste répartition de l'offre de soins,</li> <li>○ Mettre en place une unité de coordination en oncogériatrie (UCOG)</li> <li>○ Organiser les filières onco-pédiatrique et onco-gériatrique.</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement de santé</li> <li>• Professionnels de santé libéraux</li> <li>• Réseau Karukéra onco</li> <li>• 3C</li> <li>• ARS</li> <li>• CGSS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients</li> <li>• Professionnels de santé</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structuration des filières</li> <li>• Etablissements associés</li> <li>• Conventions</li> <li>• GHT</li> </ul>	
► <b>Projet structurant 2 : Renforcer le maillage territorial</b>	
<b>Description</b>	
<p>Du diagnostic à l'annonce du cancer, la prise en charge thérapeutique et l'après-cancer, répondre aux besoins des patients exige une organisation des soins territoriale, graduée, sécurisée et adaptée, et ce au plus près des lieux de vie des patients. Cette organisation doit assurer des parcours fluides, sans discontinuité et dans une logique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.</p> <p>Cette organisation va permettre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Développer les consultations avancées en cancérologie dans les IDN et les IDS</li> <li>○ Développer la chimiothérapie à domicile à St Martin et à St Barthelemy</li> <li>○ Développer la télé médecine</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements de santé autorisés</li> <li>• Etablissements associés</li> <li>• Professionnels de santé libéraux</li> <li>• 3C</li> <li>• ARS</li> <li>• CGSS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients</li> <li>• Professionnels de santé</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorisations</li> <li>• Etablissements associés</li> <li>• Conventions</li> <li>• GHT</li> </ul>	
► <b>Projet 3 : Améliorer l'articulation ville/hôpital et la coordination des professionnels de santé</b>	
<b>Description</b>	

De l'étape diagnostique à la prise en charge thérapeutique en passant par l'annonce de la maladie, le parcours du patient cancéreux est jalonné d'obstacles dont la résolution nécessite une meilleure coordination entre la médecine de ville et les professionnels hospitaliers. L'amélioration de la coordination ville-hôpital reste le meilleur levier pour améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires. Ce besoin est plus prégnant dans un contexte de déficit en médecins oncologues, et la nécessité de développer la chimiothérapie ambulatoire.

Le partage et l'échange de données médicales entre professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, sont des facteurs importants d'amélioration de la qualité des soins et de la continuité de la prise en charge du patient. C'est pourquoi le Plan cancer 2014-2019 réaffirme l'importance du DCC et tient à sa généralisation

Le DCC, en tant que service du DMP, permet également de mettre à disposition des professionnels de santé l'ensemble des documents utiles à la coordination des soins contenus dans le DMP

**Actions :**

- Généraliser le DCC
- Développer la coordination des acteurs par l'intervention d'infirmiers coordonnateurs
- Développer des outils de coordination et de partage entre professionnels de santé hospitaliers et libéraux
- Renforcer l'accompagnement des professionnels libéraux en améliorant l'accès et l'information sur la plateforme territoriale d'appui (PTA) ;
- Mettre en place une organisation permettant aux professionnels de participer à la formation médicale continue,
- Développer le travail en équipe entre médecins traitants, infirmiers libéraux et professionnels de l'HAD (protocoles communs en s'inspirant de ce qui existe).
- Renforcer le système d'information
- Accompagner la montée en charge des acteurs de ville pour une prise en charge de qualité plus en proximité du domicile
- Garantir au patient l'articulation entre l'hôpital et la ville à l'occasion de la consultation de fin de traitement

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin libéraux</li> <li>• Cancérologues hospitaliers</li> <li>• Professionnels soignants de ville</li> <li>• KARUKERA ONCO et 3C</li> <li>• GIP RASPEG</li> <li>• GCS Courbaril</li> <li>• Assurance Maladie</li> <li>• ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients</li> <li>• Professionnels de santé</li> </ul>

**Indicateurs de mise en œuvre**

- Nombre de DCC
- Nombre d'infirmiers coordonnateurs
- Recours à la PTA
- Dossier communicant cancérologie

**Projet 4 : Améliorer l'accès au diagnostic et guérir plus de malades**

**Description**

Le diagnostic précoce du cancer améliore les chances de guérison et permet de réduire le coût du traitement. Les campagnes de dépistages permettent de soigner plus précocement des patients dont le cancer était ignoré.

Pour ce faire, il est indispensable :

- d'améliorer le recours aux dépistages organisés en ciblant particulièrement les populations éloignées du système de soin,
- de garantir aux malades une orientation adéquate dès le diagnostic du cancer,



<ul style="list-style-type: none"> <li>- d'améliorer l'information des populations concernées par les dépistages pour leur permettre de faire des choix éclairés,</li> <li>- de renforcer la sensibilisation du public aux différents symptômes du cancer et encourager les personnes à consulter ;</li> <li>- de lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages,</li> <li>- de développer les consultations d'oncogénétique et permettre un dépistage et une surveillance personnalisés aux personnes ayant une prédisposition familiale au cancer.</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin traitant</li> <li>• Médecin spécialiste d'organe</li> <li>• Professionnels soignants de ville</li> <li>• Cancérologues</li> <li>• KARUKERA Onco</li> <li>• Agwadec</li> <li>• Assurance maladie</li> <li>• ARS</li> <li>• Centres de santé, MSP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients</li> <li>• Population générale</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• AAP ciblés</li> <li>• Appui Karukera Onco</li> <li>• Interventions Agwadec</li> <li>• Campagnes d'information</li> </ul>	
► <b>Projet structurant 5 : Pallier le déficit de ressources médicales en cancérologie</b>	
Description	
<p>La démographie des spécialistes en cancérologie est nettement inférieure à la moyenne nationale. Pour répondre aux besoins de la population, il convient d'augmenter les effectifs des oncologues et des radiothérapeutes et les fidéliser notamment en proposant des projets médicaux attractifs, des organisations de soins structurées, collaboratives et sécurisantes pour l'exercice des fonctions, des filières de prise en charge connues et organisées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Améliorer l'attractivité du territoire afin de faciliter le recrutement des médecins</li> <li>○ Fidéliser les professionnels par le renforcement des organisations structurées et des projets médicaux cadrés</li> <li>○ Favoriser les coopérations inter-établissements et les coopérations entre les hôpitaux de la Guadeloupe avec ceux de la métropole</li> <li>○ Développer les RCP inter établissements afin de renforcer le partage d'expériences et de pratiques professionnelles.</li> <li>○ Développer les activités de recherche et augmenter les postes de clinicat ;</li> <li>○ Anticiper la recherche de candidats pour les postes difficiles à pourvoir, notamment onco-gériatre, onco-pédiatre ;</li> <li>○ Garantir de bonnes conditions d'accueil et de formation des internes</li> <li>○ Mettre en place une organisation permettant aux professionnels de participer à la formation médicale continue.</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements de santé</li> <li>• Praticiens hospitaliers</li> <li>• Médecins</li> <li>• ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements de soins</li> <li>• Médecins oncologues, radiothérapeutes</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de postes de praticiens ouverts</li> <li>• Nombre de postes proposés aux internes</li> <li>• Nombre de postes de clinicat</li> </ul>	
► <b>Projet structurant 6 : Améliorer la vie pendant et après le cancer et limiter le risque de second cancer</b>	
Description	

Pour fluidifier et sécuriser le parcours du patient, il est impératif de proposer un accès facilité à l'information relative à l'offre de soins disponible : professionnels, établissements de santé, dispositifs de prise en charge coordonnés, thérapeutiques innovantes, soins de support, programmes d'éducation thérapeutique, programmes d'activité physique adaptée, pendant et après le cancer. Il convient de proposer à la population cible un égal accès aux soins, une prise en charge optimale et garantie adaptée, sécurisée, tracée et sans discontinuité.

L'environnement et le contexte social et familial du patient doivent être connus et considérés par les professionnels de santé. Une approche globale de la prise en charge du patient doit permettre de l'accompagner à chaque étape de son parcours et prévenir les impacts de la maladie sur sa qualité de vie, physique et mentale, pendant et après le cancer.

Il est donc nécessaire de renforcer la prise en compte de la situation sociale, environnementale et économique du patient par les professionnels, pour mieux évaluer ses besoins, et lui permettre de maintenir sa vie sociale dans son environnement habituel.

**Actions :**

- Adapter et renforcer le dispositif d'annonce
- Formaliser et mettre en œuvre l'accompagnement social personnalisé,
- Améliorer l'accès aux soins de support et assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades,
- Faciliter l'accès à une activité physique adaptée,
- Promouvoir le développement des programmes d'éducation thérapeutique des patients
- Faciliter l'accès des personnes atteintes de cancer qui en ont besoin aux aides à domicile
- Permettre à chaque malade de disposer d'un Programme Personnalisé en Soins (PPS) et d'un PPAC (Programme Personnalisé Après Cancer) prenant en compte l'ensemble de ses besoins
- Accompagner la qualité de la fin de vie en proposant une démarche palliative

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin traitant</li> <li>• KARUKERA Onco et 3C</li> <li>• Médecine de ville</li> <li>• Pharmaciens</li> <li>• Associations</li> <li>• Ligue contre le cancer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients</li> <li>• Population générale</li> </ul>
Indicateurs de moyen	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de DCC</li> <li>• Nombre de PPS</li> <li>• Nombre d'inscrits aux programmes d'ETP</li> <li>• Nombre de participants aux programmes d'APA</li> </ul>	

## ⇒ Parcours santé mentale

Finalité
<p>Le décroisement des prises en charge (prévention, soin, accompagnement, insertion) et la réduction des inégalités d'accès aux soins et services constituent des priorités territoriales</p> <p>Les objectifs : Promouvoir la santé mentale et déstigmatiser les maladies psychiatriques, fluidifier les parcours en santé mentale, diminuer les ruptures thérapeutiques et le recours aux soins sous contraintes.</p>
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Mettre en œuvre l'approche transversale de la politique de santé mentale dans le cadre du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) et des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)</li> <li>▶ Projet 2 : Améliorer le repérage précoce de la souffrance psychique</li> <li>▶ Projet 3 : Améliorer les conditions de vie, l'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique</li> <li>▶ Projet 4 : Promouvoir le bien-être mental en agissant sur les déterminants individuels, sociaux et environnementaux de la vulnérabilité sociale et psychique</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Contractualisation du PTSM par le biais du CTSM</li> <li>→ Couverture de tout le territoire par les CLSM</li> <li>→ Diminution du nombre de soins sous contrainte</li> <li>→ Augmentation de l'activité ambulatoire</li> <li>→ Amélioration du dépistage et du repérage précoce des troubles</li> <li>→ Amélioration de la prévention des troubles psychiques</li> </ul>

▶ Projet 1 : Mettre en œuvre l'approche transversale de la politique de santé mentale dans le cadre du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) et des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)	
Description	
<p>Les pathologies psychiatriques représentent une problématique prenant de l'ampleur dans notre système de santé. Ces maladies s'inscrivent dans la durée et nécessitent l'alliance de nombreux acteurs intervenant dans des secteurs différents (sanitaire, médico-social, social, ...), dans un contexte de faible démographie des professionnels de psychiatrie.</p> <p>Afin de relever ce défi de prise en charge globale du patient, un PTSM doit être mis en place sur notre territoire. Il aura pour objet de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• réorganiser la santé mentale et la psychiatrie au niveau régional afin de réduire les inégalités territoriales,</li> <li>• décroiser la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médicosocial de la personne dans son milieu de vie,</li> <li>• favoriser une coordination de proximité.</li> </ul> <p>En parallèle et à l'échelle de la cité, les CLSM seront des outils complémentaires de concertation et de coordination en proximité.</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Etablissements de santé autorisés en psychiatrie</li> <li>• Professionnels de santé</li> <li>• Etablissements et services sociaux et médico-sociaux</li> <li>• Représentants des usagers et des familles</li> <li>• Psychologues</li> <li>• Collectivités territoriales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes atteintes de maladies psychiatriques</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Associations</li> </ul>	
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Contractualisation du PTSM par le biais du CTSM</li> <li>Mise en place d'une communauté psychiatrique de territoire</li> <li>Evolution du nombre de CLSM</li> <li>Mesures en faveur de l'attractivité médicale en psychiatrie</li> </ul>	
<p style="text-align: center;"><b>► Projet 2 : Améliorer le repérage précoce de la souffrance psychique</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>Description</b></p>	
<p>Le pronostic des troubles mentaux est d'autant plus péjoratif qu'ils sont repérés et pris en charge tardivement, entraînant une dépense de soins importante. Encore taboues, ces pathologies sont peu reconnues par les malades eux-mêmes et leur entourage. L'amélioration de ce repérage précoce passe par la déstigmatisation de la maladie mentale auprès de la population générale, le renforcement de la visibilité des dispositifs existants (CMP, CLSM, ...), la formation des acteurs en lien avec les personnes en situation de précarité donc plus fragiles.</p>	
<p><b>Acteurs concernés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins généralistes</li> <li>Secteurs public et privé de psychiatrie</li> <li>Assurance Maladie</li> <li>Education nationale</li> <li>Professionnels de la petite enfance</li> <li>PJJ</li> <li>ASE</li> <li>Associations</li> <li>Bailleurs</li> <li>Politiques de la ville (CCAS, CLSM)</li> </ul>	<p><b>Population cible</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Population générale</li> <li>Population en situation de précarité</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'actions d'information et de sensibilisation</li> <li>Annuaire actualisé des dispositifs et ressources du territoire</li> <li>Nombre de personnes formées au repérage</li> <li>Diminution des hospitalisations sans consentement</li> </ul>	
<p style="text-align: center;"><b>► Projet 3 : Améliorer les conditions de vie, l'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>Description</b></p>	
<p>Les personnes souffrant de troubles psychiques sont souvent stigmatisées et marginalisées. Or, une prise en charge efficace et durable passe non seulement par la dimension thérapeutique mais aussi par un environnement propice (logement, activités culturelles et sportives, insertion professionnelle, ...). Il conviendra d'inclure systématiquement un accompagnement social dans la prise en charge des personnes identifiées.</p>	
<p><b>Acteurs concernés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>GEM</li> <li>Collectivités, CLSM</li> <li>Bailleurs</li> <li>Acteurs médico-sociaux et sociaux</li> <li>Associations</li> </ul>	<p><b>Population cible</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Malades</li> <li>Aidants</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminution des plaintes des bailleurs</li> <li>Actions en faveur de l'inclusion sociale des personnes souffrant de troubles en santé mentale</li> </ul>	
<p style="text-align: center;"><b>► Projet 4 : Promouvoir la santé mentale en agissant sur les déterminants individuels, sociaux et environnementaux de la vulnérabilité sociale et psychique</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>Description</b></p>	
<p>L'OMS définit la santé mentale comme « un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et</p>	

fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté ». Le développement des compétences psychosociales, la lutte contre les addictions, contre les violences et contre l'isolement sont autant de mesures contribuant à la promotion de la santé mentale de la population toutes générations confondues.

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Education nationale</li> <li>• Professionnels de la petite enfance</li> <li>• Professionnels intervenant auprès des personnes placées sous main de justice (PPSMJ)</li> <li>• Collectivités, CLSM</li> <li>• Associations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population générale</li> <li>• Malades</li> <li>• PPSMJ</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acteurs formés au développement des compétences psychosociales</li> <li>• Actions menées auprès des personnes placées sous main de justice</li> <li>• Actions innovantes pour lutter contre les addictions, violences et l'isolement</li> </ul>	

## ORIENTATION 5 : CREER LES CONDITIONS D'UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA SANTE ET AMELIORER LA VEILLE ET LA GESTION DES CRISES ET DES CATASTROPHES SANITAIRES

### Objectif 1 : Mieux préparer et organiser les acteurs à la gestion efficace et rapide des risques et crises sanitaires

⇒ **Objectif opérationnel 1 : Former et outiller les acteurs en vue d'une meilleure gestion des urgences et des crises sanitaires**

Finalité
<p>Au regard de la probabilité élevée de réalisation de risques naturels pouvant engendrer un impact sur la santé de la population, il convient de disposer d'une politique opérationnelle de veille et de gestion des crises sanitaires et catastrophes naturelles. Si la veille sanitaire se caractérise par la réception, l'analyse, et le traitement des alertes auquel s'ajoute un retour nécessaire et pertinent des actions entreprises aux acteurs locaux, elle doit être différenciée des actions propres à la gestion des situations d'urgence et de crise. Il convient de partager une culture du risque sanitaire sur le territoire de la Guadeloupe et des îles de Saint-Martin et Saint-Barthélemy tout en précisant et définissant au mieux le rôle et les modalités des contributions de tous les acteurs à tous les échelons.</p>
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Développer avec les communes, un observatoire des personnes vulnérables face aux événements à impact sanitaire (via le CLS)</li> <li>▶ Projet 2 : Dispenser aux élus et personnels administratifs, une formation sur le dispositif ORSAN pour assurer l'articulation sanitaire en gestion de crise depuis l'échelon communal</li> <li>▶ Projet 3 : Conforter les moyens logistiques locaux pour mieux faire face à l'urgence</li> <li>▶ Projet 4 : Poursuivre et structurer le partage d'informations avec la zone Antilles, la Dominique et Sint Marteen</li> </ul>
Résultats attendus
<p>→ Une amélioration de notre réactivité collective grâce au renforcement de l'efficacité de la coordination entre les différents acteurs en cas de crise et de gestion des urgences sanitaires : des outils de coordination formalisés et utilisés</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Projet 1 : Développer avec les communes, un observatoire des personnes vulnérables face aux événements à impact sanitaire</b></li> </ul>
Description
<p>L'observatoire constitue une réponse adaptée aux besoins de connaissance, d'action et de transparence entre les acteurs en charge de l'accompagnement des publics et des personnes vulnérables, victimes potentielles.</p> <p>Les rôles et intérêts de l'observatoire sont multiples, puisqu'il s'agira d'abord de collecter et de structurer un ensemble de données (qualitatives mais aussi quantitatives) pour caractériser l'état de la population dite vulnérable face aux événements ; tenir à jour ces informations dans le plan communal de sauvegarde ; remonter en ARS ou en COD ces informations en cas de gestion de crise, avec les actions de prise en charge</p>

effectuées ou nécessaires. L'observatoire permettra de mieux évaluer l'impact des actions menées en créant les conditions d'échanges et de travail transversal. C'est un cadre de réflexion objectif qui permet de réunir différents acteurs pour aider à la décision, par la valorisation et l'interprétation collective des données ; pour réaliser de la prospective ; pour définir collectivement les actions à conduire ; et enfin être un espace de valorisation des actions et de leur évaluation, dans un souci de transparence.

Il s'agira donc de :

- Construire des indicateurs pertinents de recensement, de suivi et d'orientation des « personnes vulnérables » en s'appuyant sur les définitions données dans les documents réglementaires ou les outils des partenaires (CCAS – fichier des personnes vulnérables).
- Etablir de manière partenariale un processus partagé de recueil et d'analyse pour alimenter une base de données commune via la mobilisation des CCAS pour assurer un repérage des personnes exposées
- Construire une culture commune d'observation et de recensement périodique visant à la bonne appropriation par tous les membres : d'un vocabulaire commun (indicateurs/indices...) ; de support de diffusion co-construits ; d'une animation et d'une gouvernance appropriées (organisation de colloques, ateliers, groupes de travail, mise en débat des connaissances ...).

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS ; EPCI et COM ; Villes ; CCAS et UDCCAS ; associations et acteurs sanitaires et médico-sociaux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publics vulnérables (populations seniors ; malades chroniques dont dialysés ; personnes isolées ; personnes souffrant de troubles psychiques, de handicap).</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de CCAS partenaires et réunions de mobilisation</li> <li>• Nombre de bilans et comptes-rendus</li> <li>• Evaluation de la mise à disposition de moyens humains et financiers pour l'observatoire</li> <li>• Résultats probants issus de l'observatoire</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 2 : Dispenser aux élus et personnels administratifs, une formation sur le dispositif ORSAN pour assurer l'articulation sanitaire en gestion de crise depuis l'échelon communal</b></p>	
<b>Description</b>	
<p>Dans le cadre d'une meilleure réponse de proximité aux enjeux de santé, il est prévu d'encourager l'engagement des collectivités par l'intermédiaire des élus locaux. En effet, il s'agit de faire prendre conscience aux élus de tous les territoires Guadeloupéens et des Iles du Nord de l'importance de la veille et de la gestion de proximité des situations sanitaires exceptionnelles en leur donnant les outils pour intégrer ces enjeux au sein de leurs politiques locales.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Donner des informations pour permettre aux élus d'avoir un regard critique sur les dispositifs existants et favoriser l'émergence d'actions innovantes en matière de gestion de crises au niveau local.</li> <li>- Identifier les besoins des élus</li> <li>- Formaliser un programme de formation dans le cadre de la convention ARS CNFPT</li> <li>- Communiquer de manière ciblée et programmée</li> <li>- Evaluer ces formations</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS,</li> <li>• EPCI et communes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elus et administrations publiques territoriales.</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de réunions en groupe de travail pour recenser les besoins de connaissances et formations des élus (recueil des thématiques souhaitées...).</li> <li>• Nombre de formations dispensées aux élus - déclinaisons de la formation par EPCI ; par ville.</li> <li>• Bilan évaluatif de ces formations.</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 3 : Conforter les moyens logistiques pour mieux faire face aux SSE</b></p>	

Description	
<p>Au regard de la situation archipélagique de la Guadeloupe et de l'isolement des îles du nord, la mise en œuvre de politiques et d'actions de gestion de crises sanitaires ou de catastrophes naturelles implique une coordination et un accès rapide aux moyens logistiques présents sur le territoire concerné. Organiser cette coordination et faciliter cet accès participera à l'implication de toutes les personnes.</p> <p>Il s'agit donc, comme le prévoit les dispositions de la stratégie nationale de santé, d'améliorer la coordination et l'articulation des acteurs au niveau régional et zonal pour faciliter le recours à des ressources complémentaires en cas de crise.</p> <p>Il est ainsi prévu de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place un groupe pour assurer la conservation des matériels stockés en vue de la catastrophe (programme d'entretien des matériels).</li> <li>• Créer des réserves d'eau plus importantes dans les établissements de santé et ESMS en Guadeloupe et dans les Iles du Nord en cas de ruptures des conduits et canalisations liée à une catastrophe.</li> <li>• Mettre en place une cellule culinaire d'urgence : rédaction et établissement d'une convention avec la Conseil régional pour utiliser les cantines des lycées d'une part et avec les autorités militaires d'autre part pour les itinéraires et transports route.</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toute la population</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de groupe de travail pour définir un protocole visant la conservation des matériels stockés en vue de la catastrophe</li> <li>• Moyens logistiques et financiers dédiés à la création de réserves d'eau</li> <li>• Mise en place effective de réserves d'eau</li> <li>• Elaboration de conventions de partenariats visant la mise en place d'une cellule culinaire d'urgence et niveau d'engagement de l'ARS et de ses partenaires (moyens humains, financiers, logistiques prévus dans les conventions)</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 4: Poursuivre et structurer le partage d'informations avec la zone Antilles, la Dominique et Sin Marteen</b></p>	
Description	
<p>Au regard du positionnement de la Guadeloupe et des Iles du Nord dans l'arc Caraïbe et des caractéristiques de la zone Antilles, une structuration des échanges visant à partager toutes les informations sur les dispositifs régionaux en place est indispensable.</p> <p>Conformément à la stratégie nationale de santé et aux exigences structurels relatifs à la gestion de crise, ce projet vise à mieux acter et suivre le bon déroulé des actions entrant dans le champ défini.</p> <p>Il est ainsi prévu de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mieux structurer le travail avec la zone de défense Antilles (avec notamment des réunions de travaux programmées).</li> <li>• Articuler nos plans de gestion avec le plan zonal de mobilisation.</li> <li>• Rencontrer sur site les opérateurs de gestion de crise des îles voisines, pour mieux connaître leurs dispositifs de réponse.</li> <li>• Etudier les possibilités d'entraide, le cas échéant.</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS, Autorités de la Dominique et de Sin Marteen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administration et équipes responsables de la gestion de crise</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de déplacements et de réunions tenues dans chaque cadre.</li> <li>• Nombre de plans coordonnés suite aux échanges.</li> <li>• Nombre d'actions concrètes gérées en partenariat</li> </ul>	



⇒ **Objectif opérationnel 2: Développer la prévention et la sensibilisation de la population et des acteurs locaux à la gestion des crises sanitaires**

Finalité	
<p>Les collectivités et l'ARS couvrent le champ de la prévention des risques au travers de plusieurs dispositifs (Sismobus, CPRS et formations dispensées au CHU...). Malgré cela, un travail est à mener pour harmoniser les méthodes de sensibilisation des acteurs locaux afin de développer des outils partagés. Il est également pertinent au travers des actions de prévention et de sensibilisation de réfléchir à l'amélioration de la lisibilité et de la perception des actions de prévention dans le domaine. Il convient donc de renforcer l'articulation et la cohérence des actions menées pour une meilleure lisibilité des populations.</p> <p>Il convient donc de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recenser l'ensemble des outils de prévention.</li> <li>- Impliquer les usagers dans la définition, le développement et la mise en œuvre des actions de santé publique (via la sous-commission de la CSA).</li> <li>- Proposer de nouvelles actions de prévention ou de sensibilisation pour chaque public cible après large concertation.</li> </ul>	
Projets structurants à 5 ans	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Projet 1</b> : Renforcer les actions de communication et de sensibilisation auprès du grand public en partenariat avec le SIDPC et les structures pilotes</li> <li>▶ <b>Projet 2</b> : Renforcer les actions de communication et de sensibilisation auprès des professionnels</li> <li>▶ <b>Projet 3</b> : Mettre en commun les outils et acteurs existants</li> </ul>	
Résultats attendus	
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Établir une cartographie des acteurs, des actions, outils et ressources mobilisés dans le champ de la prévention des risques</li> <li>→ Mettre à disposition une information complète sur les ressources du territoire en matière de gestion des crises sanitaires</li> <li>→ Développer de manière concertée des outils ou actions spécifiques sur ces besoins et territoires non couverts.</li> <li>→ Impliquer les acteurs locaux dans un recensement des actions, outils et des ressources sur leurs territoires.</li> </ul>	
▶ <b>Projet 1 : Renforcer les actions de communication et de sensibilisation auprès du grand public en partenariat avec le SIDPC et les structures pilotes</b>	
Description	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer la diffusion et la bonne lecture du Document d'Information Communal sur les Risques Majeurs (DICRIM).</li> <li>• Pérenniser le sismobus et développer les moyens mobiles de sensibilisation</li> <li>• Répertorier les associations susceptibles de mener des actions de préventions et relancer l'Adrased</li> <li>• Signer une convention avec diverses institutions (Armée, Education nationale) pour compléter les informations scolaires.</li> <li>• Mettre en place un partenariat avec les entreprises pour diffuser les mesures de prévention auprès des employés.</li> <li>• Inclure des populations civiles « tests » lors des exercices d'entraînement à la gestion de crise.</li> <li>• Développer notre partenariat avec l'observatoire volcanologique (volet prévention)</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS ; Administration publiques d'Etat (Education nationale, Observatoire volcanologique et sismologique) ; associations ; villes ; entreprises.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grand public</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de partenariats établis</li> </ul>	

<b>► Projet 2 : Renforcer les actions de communication et de sensibilisation auprès des professionnels de santé</b>	
<b>Description</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Etendre les actions de l'UDPC 971 (union départementale de la protection civile) aux acteurs institutionnels locaux.</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ARS,</li> <li>Croix rouge,</li> <li>SDIS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Professionnels de santé</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de communications diffusées</li> </ul>	
<b>► Projet 3 : Mettre en commun les outils et acteurs existants</b>	
<b>Description</b>	
<p>Il s'agit de recenser l'ensemble des dispositifs ou actions (publiques) concourant à l'objectif de prévention puis de mobiliser également le secteur privé pour que soient diffusés auprès de publics captifs, les messages de prévention relatifs aux risques sanitaires liés aux catastrophes naturelles et à la gestion des SSE :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>opérateurs téléphoniques pour l'envoi des sms,</li> <li>banques pour la mise à disposition des DAB (quelques cas recensés : les généraliser),</li> <li>Appropriation par les cadres de l'ARS de l'outil de gestion préfectoral (Synergie)</li> <li>Appropriation de l'outil <i>Notico</i> par les personnels de l'ARS.</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ARS ; Préfecture ; acteurs de la prévention ; entreprises (dont les banques, Routes de Guadeloupe et les opérateurs téléphoniques)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opérateurs de la prévention et de la gestion de crise</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'actions entrant dans le champ ainsi défini</li> </ul>	

**⇒ Objectif opérationnel 3 : Renforcer la coordination des interventions du champ sanitaire pour mieux structurer les réponses avant, pendant et après le phénomène**

<b>Finalité</b>
<p>En cas de situation sanitaire exceptionnelle ou de crise, l'ARS se met à la disposition du préfet de région et du COD pour apporter les réponses aux questions sanitaires posées. Néanmoins, une coordination des interventions en amont d'une situation d'urgence, permet une prise rapide de décision lorsqu'intervient un épisode de crise sanitaire ou de catastrophe naturelle. En effet, cette coordination permet de planifier et prévoir au mieux la mobilisation des ressources et personnels qualifiés du champ sanitaire en cas de besoin liés à la désorganisation des fonctionnements habituels.</p>
<b>Projets structurants à 5 ans</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>► Projet 1 : Développer et mettre en service auprès des partenaires de nouveaux outils de veille ou de partage automatisé d'informations de base</li> <li>► Projet 2 : Mieux articuler la gestion de crise sanitaire avec un dispositif d'adaptation rapide de l'offre de soins post-crise</li> <li>► Projet 3 : Développer le lien avec la médecine de catastrophe et la réponse médico-psychologique (CUMP)</li> </ul>
<b>Résultats attendus</b>
<p>→ Une amélioration de la coordination des acteurs impliqués en amont, pendant et après la crise / situation sanitaire exceptionnelle</p>

<b>► Projet 1 : Développer et mettre en service auprès des partenaires de nouveaux outils de veille ou de partage automatisé d'information de base</b>	
<b>Description</b>	
<p>Couplée à la recherche d'information -qui reste une action ponctuelle, la veille et le partage d'informations avec les partenaires participe de la stratégie globale des politiques de santé en matière de coordination des interventions. Il est donc important de développer une activité continue de veille basée sur la réitération périodique de la transmission des données pour que chacun puisse bénéficier, au même moment des informations nécessaires à l'action. Outre l'importance de développer les pratiques collaboratives des acteurs et partenaires, ce projet vise également à faciliter la coordination de leurs connaissances et de leurs activités.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ex : transmission automatisée des résultats de biologie des LBM en ARS/Cire</li> <li>- Ex : portail national de signalement</li> <li>- Redimensionner le PFR face à ces enjeux</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS ;</li> <li>• Membres concernés par le SRS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionnels</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de signaux traités</li> </ul>	
<b>► Projet 2 : Mieux articuler la gestion de crise sanitaire avec un dispositif d'adaptation rapide de l'offre de soin post-crise</b>	
<b>Description</b>	
<p>La prise en charge de douleurs chroniques associées à certaines épidémies (telles le chikungunya), ou bien encore le suivi des populations après un épisode d'épidémie comme celle du Zika, demande dans ces moments extraordinaires à ce que soient assurées la continuité et la qualité des prestations de santé. Un dispositif nouveau réunissant tous les acteurs assurant une prise en charge médicale doit donc être porté. Il s'agit donc de mettre en place des réunions thématiques régulières pour structurer les relations entre acteurs (associations / ARS / établissements de santé / professionnels de santé / SDIS) de manière à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mutualiser les logiques propres de chacun des secteurs.</li> <li>- Conforter la prise en charge médicale en période de crise.</li> <li>- Construire une offre de soin adaptée aux situations exceptionnelles.</li> <li>- Promouvoir une approche décloisonnée de l'offre de soin et définir une réponse sanitaire et médico-sociale coordonnée et adaptée en période de gestion de crise</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• SDIS</li> <li>• Etablissements de santé</li> <li>• Professionnels de santé</li> <li>• Associations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes souffrant des conséquences sanitaires directes et durables du phénomène ayant généré la gestion de crise</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombres d'actions de structuration des prises en charges chroniques conduites en post crise</li> </ul>	
<b>► Projet 3 : Développer le lien avec la médecine de catastrophe et la réponse médico-psychologique (CUMP)</b>	
<b>Description</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir de l'expérience des îles du nord suite au cyclone Irma, de prise en charge des troubles psycho-traumatiques, il s'agit de structurer le plus tôt possible une offre de service adaptée à la SSE ou à la crise à gérer, en fonction de ses caractéristiques et du nombre de victimes potentielles.</li> <li>• Accentuer la place de la formation à la médecine de catastrophe et le travail permanent autour de la préparation des plans de secours, de l'élaboration et de la réalisation des exercices communs</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acteurs hospitaliers et libéraux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population générale</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de formations dispensées, d'exercices faits et nombre de bénéficiaires</li> </ul>	

## Objectif 2 : Créer les conditions d'un environnement favorable à la santé

### ⇒ Objectif opérationnel 1 : Sensibiliser le grand public aux risques environnementaux

Finalité
<p>Les derniers événements climatiques ont démontré une fois de plus que les risques, qu'ils soient naturels, sanitaires, ou environnementaux peuvent avoir des conséquences directes sur la qualité de vie dans l'archipel Guadeloupéen et les Iles du Nord. Les crises qui les ont déjà affectés ont ainsi démontré la nécessité d'actions coordonnées de sensibilisation en direction du grand public.</p> <p>Il s'agit de développer une culture partagée du risque environnemental, en soutenant des actions de sensibilisation aux différents risques qui menacent les territoires et les populations.</p>
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Informer la population sur les risques de la consommation d'eau de source non reconnue potable</li> <li>▶ Projet 2 : Prévenir les populations sensibles aux pollutions atmosphériques</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Une population sensibilisée aux risques environnementaux et aux moyens de prévenir ces risques</li> <li>→ Fin de l'utilisation des eaux de substitution</li> <li>→ Une déclinaison régionale et un suivi du PRSE 3</li> </ul>

▶ <b>Projet 1 : Informer la population sur les risques de la consommation d'eau de source non reconnue potable</b>	
Description	
<p>En cas d'incident sur les réseaux d'eau potable (tours d'eau, coupures prolongées) une partie de la population utilise des eaux impropres à la consommation (sources, forages individuels...), cet usage peut avoir un impact sanitaire direct en cas de contamination bactériologique ou à long terme en cas de pollution chimique. Pour répondre à cet enjeu, il est indispensable de sensibiliser les publics à l'identification des dangers potentiels :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluer l'exposition des populations.</li> <li>- Recenser et qualifier bactériologiquement et chimiquement les sources utilisées.</li> <li>- Collecter des données pour préciser quelles sont les cibles potentielles et leur degré d'exposition, de façon à estimer les dangers encourus par la population cible.</li> <li>- Informer et sensibiliser le public : par exemple, réunions visant à s'appuyer sur la Journée mondiale de l'eau pour mener des actions de sensibilisation.</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Préfecture</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population rurale</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campagne d'affichage informant de la non potabilité des ressources non reconnues potables (affiches, réseaux sociaux, site internet de l'ARS)</li> <li>• Mise en place de pictogrammes indiquant la non potabilité de l'eau sur les sources de substitution identifiées</li> </ul>	
▶ <b>Projet 2 : Prévenir les populations sensibles aux pollutions atmosphériques</b>	
Description	
<p>De nombreux événements climatiques sont à l'origine de la pollution extérieure de l'air, engendrant un certain nombre de pathologies associées (essentiellement des pathologies respiratoires y compris allergiques, et cardio-vasculaires). L'impact de la pollution atmosphérique (pour cause climatique, liée à l'utilisation de transports polluants ou via les pollens) constitue un enjeu important en termes de santé publique, car</p>	

l'ensemble de la population y est exposée connaissant ainsi des effets à court terme, qui surviennent quelques jours ou quelques semaines après l'exposition, ou des effets à long terme, qui font suite à une exposition chronique sur plusieurs mois ou plusieurs années.

Il s'agit ainsi de sensibiliser les populations aux épisodes de pollution atmosphériques (ex : brumes de sables ou épisodes de production de pollens allergisants) :

- Mise en place de réunions thématiques régulières pour coordonner les acteurs destinés à sensibiliser les populations.
- Mise en place de groupes de travaux propres à la mise en place d'un plan de communication coordonné d'information et de sensibilisation.

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS ;</li> <li>• DEAL ;</li> <li>• Gwad'air</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toute la population avec priorisation des personnes sensibles</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffusion de messages de prévention et de conseils à l'attention de la population générale lors des épisodes de brume de sable via les panneaux d'information du réseau de surveillance du trafic routier.</li> <li>• Diffusion ciblé aux personnes allergiques via les téléphones cellulaires lors des épisodes de production de pollens</li> </ul>	

## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Renforcer les actions visant à réduire les impacts des facteurs environnementaux sur la santé

Finalité
La promotion de la santé demande de créer les conditions nécessaires pour que chacun puisse agir sur les déterminants de santé et obtenir un cadre de vie favorable à la santé. L'implication des acteurs locaux et la mobilisation de nouveaux partenaires permettront une meilleure opérationnalité des plans visant à réduire les impacts environnementaux sur la santé.
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Assurer une déclinaison régionale et la mise en œuvre du PNSE 3.</li> <li>▶ Projet 2 : Amplifier la mise en œuvre de l'action 6 du plan chlordécone par la création de la maison Jafa et la mise en place des actions de prévention sur la consommation des produits de la pêche</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Déclinaison régionale du Plan national Santé-Environnement 3</li> <li>➔ Sensibilisation des acteurs locaux</li> <li>➔ Actions de formations, d'informations de public cible</li> </ul>

▶ Projet 1 : Assurer la déclinaison régionale et la mise en œuvre du PNSE 3	
Description	
En novembre 2014, le troisième plan (PNSE3) a été présenté en Conseil des ministres à l'issue d'un travail d'évaluation du PNSE2, de la mobilisation des différentes parties prenantes pour son élaboration et de consultations. Le PRSE 3 vise à établir des priorités régionales en matière de santé-environnement. Ainsi certaines actions en lien direct avec d'autres plans (la stratégie nationale de santé, la stratégie nationale de recherche, la stratégie nationale pour la biodiversité, le plan Écophyto, le plan chlordécone...).	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablir les modalités de la concertation</li> <li>- Définir les thématiques stratégiques de concertation</li> <li>- Définir et rédiger le PRSE 3 et en assurer le suivi</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• DEAL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toute la population</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil Régional</li> <li>• Conseil Départemental</li> <li>• EPCI</li> </ul>	
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place des actions du PRSE3 par les acteurs du plan</li> <li>• Réunions publiques sur les différents thèmes du PRSE3</li> <li>• Prise en compte dans les politiques d'aménagement et d'urbanisation des recommandations du PRSE3</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 2 : Amplifier la mise en œuvre de l'action 6 du plan chlordécone par la création de la maison Jafa et la mise en place des actions de prévention sur la consommation des produits de la pêche</b></p>	
<b>Description</b>	
<p>Les conclusions de l'étude Kanari sur l'imprégnation de la population au chlordécone font clairement ressortir une imprégnation liée aux habitudes alimentaires avec une contamination très nettement liée aux consommations des produits de la pêche notamment dans les zones d'interdiction de la pêche du croissant bananier. Une information sur les risques de consommation d'une population ciblée est donc indispensable. Cette sensibilisation peut se faire via l'IREPS et son programme Jafa en développant la maison Jafa et les actions sur la pêche par la mise en place du programme TITIRI.</p>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• IREPS (Jafa),</li> <li>• ARS,</li> <li>• CRPEDEM,</li> <li>• DDAFF,</li> <li>• DM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population de consommateurs ou auto consommateurs des produits de la pêche principalement du croissant bananier</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunion publique sur le thème</li> <li>• Animation locale auprès des pêcheurs et des forts consommateurs des produits de la pêche</li> <li>• Diffusion de flyers</li> <li>• Mise en place d'une signalétique thématique sur les lieux d'interdiction de pêche</li> <li>• Spots d'information radio et télé sur le programme TITIRI</li> </ul>	

⇒ **Objectif opérationnel 3 : Développer les actions de lutte anti vectorielle en liaison avec les nouvelles menaces et avec de nouveaux outils**

<b>Finalité</b>
<p>La Guadeloupe et les Iles du Nord sont particulièrement touchées par des épisodes récurrents ou émergents de maladies vectorielles. La lutte contre les espèces vectrices doit être envisagée selon différents contextes et selon différentes approches. Mais toutes doivent s'organiser selon des programmes d'actions coordonnés au sein du territoire ou en faisant appel à des partenariats nouveaux extérieurs. En effet, en dehors d'un contexte sanitaire singulier, la lutte préventive reste un moyen d'action qui demande à ce que soient mobilisés méthodes et acteurs divers rassemblés dans le cadre d'une lutte intégrée où chacun a un rôle à jouer.</p>
<b>Projets structurants à 5 ans</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>► <b>Projet 1 : Mettre en place un Programme de Surveillance, d'Alerte et de Gestion des Epidémies (PSAGE) émergences et un PSAGE épidémie</b></li> <li>► <b>Projet 2 : Mettre en place une stratégie nouvelle de lutte contre les vecteurs</b></li> </ul>
<b>Résultats attendus</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Mobilisation des collectivités, échelon premier de proximité et responsables de l'hygiène et de la salubrité (application du règlement sanitaire départemental)</li> <li>➔ Mobilisation des populations</li> <li>➔ Etablissement d'une stratégie globale d'intervention et de lutte contre les vecteurs</li> </ul>

▶ <b>Projet 1 : Mettre en place un PSAGE émergences et un PSAGE épidémie</b>	
<b>Description</b>	
Actualisation et mise en œuvre d'un PSAGE émergence et d'un PSAGE épidémie	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• CIRE Antilles</li> <li>• CHUG</li> <li>• Laboratoires</li> <li>• Collectivités territoriales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population de Guadeloupe et des îles du Nord</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
A définir	
▶ <b>Projet 2 : Mettre en place une stratégie nouvelle de lutte contre les vecteurs</b>	
<b>Description</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place une stratégie de lutte contre les vecteurs s'appuyant sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mobilisation des autorités et des populations civiles pour en favoriser l'implication dans la lutte contre les vecteurs</li> <li>- Réunions publiques</li> <li>- Relais associatifs</li> <li>- Manifestation événementielles (culturelles, éducative...).</li> <li>- Un travail de recensement des lieux de reproduction des vecteurs pour établir un plan d'action stratégique de lutte mécanique (naturels et artificiels avec notamment certains ouvrages urbains favorisant la multiplication des larves)</li> <li>- Les actions en cours d'expérimentation (insecte stérile, utilisation de la bactérie wolbachia...)</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• DEAL</li> <li>• EPCI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grand public</li> <li>• Collectivités</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expérimentations menées à terme et retours d'expérience</li> <li>• Effectivité du travail de recensement engagé</li> </ul>	

## ORIENTATION 6 : ASSURER LE DEVELOPPEMENT D'UNE CULTURE DE DIALOGUE CITOYEN POUR RENFORCER LA DEMOCRATIE EN SANTE ET ACCOMPAGNER L'ENGAGEMENT DES HABITANTS EN FAVEUR DE LEUR SANTE

### Objectif 1 : Placer l'utilisateur comme acteur central de notre système de santé et contribuer au renforcement des associations de patients et d'utilisateurs

#### ⇒ Objectif opérationnel 1 : Renforcer la formation des représentants d'utilisateurs et l'information des usagers

Finalité
<p>La démocratie en santé vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé. Elle a pour objectif la participation conjointe des professionnels, élus, usagers à la définition de la politique de santé. Elle s'opère à différents niveaux: le développement de la concertation et du débat public, la participation des acteurs de santé, la promotion des droits individuels et collectifs des usagers.</p> <p>La représentation des usagers est assurée au sein des instances de démocratie sanitaire réglementaires (CSA mais également les représentants des usagers désignés par les associations agréées au sein d'instances hospitalières ou de santé publique). Il s'agit donc dans un premier temps de soutenir et renforcer les capacités des représentants d'utilisateurs pour assurer une participation efficace au sein de ces instances. En effet, l'évaluation du précédent PRS a mis en évidence une prise en compte de l'avis des usagers encore insuffisante.</p>
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Assurer une formation et une information de qualité pour les représentants d'utilisateurs</li> <li>▶ Projet 2 : Développer les conférences, débats publics, échanges de pratiques et d'expérience, supports de communication en direction des usagers sur l'ensemble du territoire</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Une plus grande participation et implication des représentants d'utilisateurs dans les instances de démocratie en santé</li> <li>→ Une meilleure connaissance par la population de l'existence et du travail réalisé par les RU et les instances</li> </ul>
Projet 1 : Assurer une formation et une information de qualité pour les représentants d'utilisateurs (via France Assos Santé) notamment pour les représentants nouvellement élus
Description
<p>La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, modifiée par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, reconnaît et organise la représentation des usagers du système de santé : elle a créé un mécanisme d'agrément permettant aux associations, sous certaines conditions, de représenter les usagers dans les instances hospitalières et de santé publique et de participer notamment à l'élaboration des politiques de santé.</p>



La loi de modernisation de notre système de santé instaure des mesures fortes visant à faire progresser la démocratie en santé, notamment via le renforcement des compétences des commissions des usagers dans les établissements de santé avec la mise en place des Commissions des Usagers (remplaçant les CRUQPC). Par ailleurs, plusieurs évolutions réglementaires viennent encadrer la formation des représentants d'usagers du système de santé.

France Assos Santé est la principale association présente en Guadeloupe agréée pour délivrer la formation de base des représentants d'usagers du système de santé (Arrêté du 4 juillet 2017 fixant la liste des associations habilitées à délivrer la formation de base des représentants d'usagers du système de santé). Les formations délivrées respectent un cahier des charges défini nationalement (arrêté du 17 mars 2016 fixant le cahier des charges de la formation de base des représentants d'usagers) :

« La formation délivrée est généraliste. Elle permet l'acquisition de connaissances et de compétences des représentants des usagers désignés dans les différentes instances hospitalières ou de santé publique. Elle vise principalement à donner aux représentants des usagers la capacité à :

- comprendre l'organisation, le fonctionnement et le financement du système de santé ;
- veiller à la bonne expression des attentes et besoins des usagers ;
- construire une parole transversale et généraliste de l'utilisateur en santé ;
- apprendre à travailler en réseau. »

Il s'agit donc, sur la durée du SRS, de

- s'assurer que les représentants d'usagers du système de santé bénéficient d'une formation généraliste leur permettant de mieux assurer leur fonction (formation obligatoire dans les 6 mois de leur nomination - arrêté du 17 mars 2016 fixant le cahier des charges de la formation de base des représentants d'usagers).
- Renforcer la mobilisation par les représentants d'usagers de leurs droits (défraiement, temps dédiés (remboursement de l'entreprise par ex), etc.) en lien avec les possibilités données par la loi de janvier 2016
- Inciter les associations à obtenir un agrément
- Développer la communication envers les usagers sur le rôle et la place des RU.

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• France Assos Santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Représentants d'usagers désignés par les associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique au sein d'instances hospitalières ou de santé publique.</li> <li>• La formation vise prioritairement les représentants des usagers nouvellement désignés dans les instances.</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de formations organisées et nombre de représentants formés</li> <li>• Mesure de la connaissance par la population de l'existence et du rôle des RU.</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 2 : Développer les conférences, débats publics, échanges de pratiques et d'expérience, supports de communication en direction des usagers sur l'ensemble du territoire</b></p>	
<b>Description</b>	
<p>Il s'agit sur la durée du SRS de développer la communication grand public grâce à la mise en place de conférences, de débats grand public, de temps d'échanges d'expérience et de pratiques, de la mise en place et de la diffusion de supports de communication, du développement des supports sur les réseaux sociaux etc... La démocratie sanitaire, à savoir l'appropriation par le grand public des enjeux relatifs à la santé des citoyens, doit être renforcée.</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Représentants des usagers du système de santé</li> <li>• ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usagers du système de santé</li> <li>• Population</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurance Maladie</li> </ul>	
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de conférences organisées,</li> <li>Nombre de personne accueillies,</li> <li>Mesure de l'impact sur la population</li> <li>Evaluation régulière de la présence de chacun.</li> </ul>	

⇒ **Objectif opérationnel 2 : Améliorer la prise en compte de la parole des représentants d'usagers au sein des instances de démocratie sanitaire**

Finalité
<p>La représentation des usagers dans les instances de santé publique et hospitalière mais également dans les instances régionales de démocratie sanitaire permet aux usagers de participer, par l'intermédiaire de leurs représentants, à l'élaboration des politiques de santé ou au fonctionnement des établissements de santé. Les représentants des usagers sont donc des acteurs essentiels dans l'amélioration de l'accueil de la qualité de prise en charge : leur mission consiste à faire connaître les attentes des patients et à proposer de nouvelles orientations pour l'amélioration du système de santé.</p> <p>L'évaluation du précédent PRS avait fait ressortir des marges de progrès concernant la prise en compte de la parole des représentants d'usagers au sein des instances régionales de démocratie sanitaire, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un manque de transversalité entre les travaux des commissions de la CSA,</li> <li>- Des conférences de territoire Centre et Sud Basse-Terre qui ne se sont plus réunies depuis 2013 car jugées redondantes avec les commissions de la CSA. Seule la conférence de territoire des Iles-du-Nord s'est réunie de manière régulière et a permis à la fois aux acteurs de contribuer à la définition du Projet de Santé Saint-Martin Saint-Barthélemy et à son suivi. Il s'agira désormais de s'assurer de la prise en compte de la parole des usagers au sein des nouveaux conseils territoriaux de santé.</li> <li>- Une exploitation insuffisante des enquêtes annuelles sur le respect des droits des usagers.</li> </ul>
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Renforcer la présence des usagers sans mandats</li> <li>▶ Projet 2 : Renforcer la transversalité entre les commissions de la CSA</li> <li>▶ Projet 3 : Conventionner avec les acteurs du territoire pour faire remonter vers les instances de démocratie sanitaire les préoccupations de l'utilisateur</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Une amélioration de la circulation de l'information entre les différentes commissions de la CSA</li> <li>→ Renforcer les travaux en commun des présidents de la CSA</li> <li>→ Des rapports des commissions de la CSA accessibles, et une diffusion régulière des supports de communication existants</li> </ul>

▶ <b>Projet 1 : Renforcer la présence des usagers sans mandats</b>	
Description	
<p>La finalité de ce projet est de rendre possible la participation des personnes volontaires, mais non membres de structures associatives agréées, qui souhaiteraient participer à la vie du projet régional de santé sur le territoire.</p>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>CSDU</li> <li>ARS</li> <li>URASS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Représentants d'usagers</li> <li>Citoyens membres d'associations ou cooptés</li> <li>Toute personne intéressée</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre et qualité des réunions et formations tenues</li> </ul>	
▶ <b>Projet 2 : Renforcer la transversalité entre les commissions de la CSA</b>	
Description	

<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer le travail en transversalité entre les commissions de la CSA : échanges de compte rendu, participations croisées, ... par exemple via la mise en place d'une plate-forme d'échanges commune et accessible à tous les membres de la CSA</li> <li>Renforcer la participation des membres de la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé de la CSA</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>CSA et ses commissions</li> <li>ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Membres de la CSA, essentiellement les représentants d'utilisateurs</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place et fonctionnement d'une plate-forme d'échanges</li> </ul>	
Projet 3 : Conventionner avec les acteurs du territoire pour faire remonter vers les instances de démocratie sanitaire les préoccupations de l'utilisateur et du citoyen	
Description	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Conventionner avec les acteurs du territoire (collectivités, ESSMS...) pour faire remonter vers les instances de démocratie sanitaire les préoccupations de l'utilisateur :             <ul style="list-style-type: none"> <li>Structurer le recueil des contributions d'utilisateurs (remontées des CVS des ESSMS, retours des commissions des utilisateurs des établissements de santé (ex CRUQPC), ...)</li> <li>Et de citoyens (boîte à idées dans les conférences, recueil via les actions conduites sur le terrain – actions des Ateliers santé ville, forum santé ...)</li> </ul> </li> <li>Faire remonter ces contributions auprès de la commission dédiée à la CSA</li> <li>Utiliser le biais des Contrats Locaux de Santé pour conventionner avec les collectivités : garantir la mobilisation des utilisateurs et citoyens dans l'élaboration et l'animation des Contrats Locaux de Santé</li> <li>Se servir des moyens de la politique de la ville (réunions des conseils de quartiers...)</li> <li>Utiliser les tribunes que sont les conseils municipaux et les commissions des collectivités pour toucher la population</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>EPCI volontaires</li> <li>Communes volontaires</li> <li>ESSMS</li> <li>Commissions des utilisateurs</li> <li>Commission spécialisée dans le domaine des droits des utilisateurs du système de santé de la CSA</li> <li>ARS</li> <li>Elus</li> <li>Rectorat</li> <li>Associations du territoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tout public</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Signature de conventions de partenariat pour la remontée d'informations auprès de la CSA</li> <li>Mise en place de dispositifs visant à recueillir la parole directe des utilisateurs / citoyens</li> <li>Nombre de CLS signés et actifs</li> <li>Taux de présence dans les rencontres publiques</li> </ul>	

⇒ **Objectif opérationnel 3 : Renforcer la participation des utilisateurs dans le suivi-évaluation des politiques et actions mises en œuvre dans le champ de la santé**

#### Finalité

Les démarches participatives sont un outil essentiel pour améliorer la qualité des politiques publiques. La participation citoyenne à l'évaluation permet l'ouverture à l'expérience d'usage des citoyens, qui constitue un

point de vue différent et peu pris en compte à ce jour. Il est ainsi possible d'identifier dans quelle mesure l'action mise en œuvre répond aux attentes des usagers en matière de qualité de service, et ainsi de rendre les recommandations plus opérationnelles. Par ailleurs, cette participation permet d'améliorer la légitimité de l'évaluation, et donc la légitimité des suites données à la politique évaluée.

#### Projets structurants à 5 ans

- ▶ **Projet 1 :** Conduire des évaluations régulières des actions mises en place et tout au long du PRS impliquant les usagers
- ▶ **Projet 2 :** Renforcer la communication des résultats de ces méthodes

#### Résultats attendus

- ➔ Des usagers davantage impliqués dans le suivi et l'évaluation du PRS 2
- ➔ Une plus-value de l'implication des usagers reconnue, démontrée et valorisée

- ▶ **Projet 1 :** Conduire des évaluations régulières des actions mises en place et tout au long du PRS impliquant les usagers

#### Description

- Définir un processus d'évaluation du PRS 2 impliquant les usagers : s'assurer de la présence de représentants d'usagers au sein des instances de suivi et de gouvernance du PRS 2.
- Présenter de manière régulière le niveau d'avancement des projets prévus dans le PRS 2 à la CSA, et en particulier à la commission usagers.
- Sur la durée du PRS 2, prévoir de mener 1 à 2 évaluations ciblées intégrant une mobilisation des bénéficiaires cibles (ex : par voie de sondage ou d'enquête dédiée) et discutées avec la commission usagers.

#### Acteurs concernés

- ARS
- CSA
- CTS de St-Barthélemy et de St-Martin

#### Population cible

- Usagers du système de santé
- Bénéficiaires cibles du PRS 2

#### Indicateurs de mise en œuvre

- Réalisation de bilans réguliers sur l'avancée des projets prévus dans le PRS 2 et présentation aux commissions de la CSA
- Moyens logistiques et techniques dédiés à la réalisation des évaluations ciblées

- ▶ **Projet 2 :** Renforcer la communication des résultats de ces méthodes

#### Description

- Capitaliser sur les outils déployés pour impliquer les usagers dans le dispositif d'évaluation du PRS 2.
- Diffuser les résultats de cette démarche (retour d'expériences) : auprès des instances de démocratie sanitaire, auprès des partenaires de l'ARS, voire auprès du grand public.

#### Acteurs concernés

- ARS
- CSA et ses commissions
- CTS de St-Barthélemy et de St-Martin

#### Population cible

- Professionnels du territoire
- Grand public

#### Indicateurs de mise en œuvre

- Existence d'un document de synthèse capitalisant sur les outils d'implication des usagers dans l'évaluation du PRS 2
- Diffusion des résultats auprès des professionnels : nombre de restitutions ; nombre de personnes participant aux restitutions ; outils de diffusion
- Diffusion des résultats au grand public : modalités et nombre de personnes touchées

## ⇒ Objectif opérationnel 4 : Rendre accessible les instances de démocratie sanitaire existantes au tout public

Finalité
Renforcer la communication envers le grand public concernant l'existence et le rôle des instances de démocratie sanitaire afin qu'il se les approprié et s'en serve comme véhicule de concertation et de participation aux grandes décisions
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Rendre les actions des commissions de la CSA et du CTS de St-Barthélemy et de St-Martin plus accessibles au grand public et renforcer la communication (site internet, brochures, participation des membres à des émissions tout public radio ou tv...)</li> <li>▶ Projet 2 : Réaliser des conférences-débat publics plus fréquentes pour libérer la parole et faire participer les citoyens dans un objectif de concertation sur les projets relevant des domaines de la santé</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Une plus grande participation des citoyens aux débats publics dans le champ de la santé</li> <li>➔ Des conférences / débats publics dans le champ de la santé plus fréquents</li> </ul>

▶ Projet 1 : Rendre les actions des commissions de la CSA et du CTS de St Barthélemy et de St Martini plus accessibles au grand public et renforcer la communication	
Description	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer les outils de communication (site internet, brochures, participation des membres à des émissions tout public radio ou tv...)</li> <li>• Créer un site dédié transversal, mettre en place un groupe d'échange numérique</li> <li>• Rendre les actions des commissions (dont commission usagers) plus accessibles et plus visibles au grand public et renforcer la communication autour des travaux de la CSA (site internet, brochures, participation des membres à des émissions tout public radio ou tv...)</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CSA et ses commissions</li> <li>• CTS de St-Barthélemy et de St-Martin</li> <li>• ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Représentants d'usagers</li> <li>• Tout public</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquête grand public et éléments statistiques d'évaluation</li> <li>• Développement d'outils de communication : nombre d'outils dédiés et nombre de personnes touchées (nb de visites du site internet, nb de brochures / documents de communication délivrés...)</li> </ul>	
▶ Projet 2 : Réaliser des conférences-débat publics plus fréquentes pour libérer la parole et faire participer les citoyens dans un objectif de concertation sur les projets relevant des domaines de la santé	
Description	
Relayer et faire connaître les grands thèmes de la santé publique concernant notre territoire et obtenir des débats et des échanges de points de vue sur ceux ci	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CSA et ses commissions</li> <li>• CTS de St-Barthélemy et de St-Martin</li> <li>• ARS</li> <li>• EPCI</li> <li>• Conseil départemental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population des quartiers prioritaires</li> <li>• Représentants d'usagers</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de participants différents aux débats publics organisés</li> </ul>	

## Objectif 2 : Accompagner les citoyens à être acteur de leur propre santé

⇒ **Objectif opérationnel 1 : Tabler sur une communication multi publics et multi langues visant à mieux informer et sensibiliser les citoyens aux enjeux de santé**

Finalité
Pour être en mesure de faire des choix éclairés concernant leur santé, les citoyens doivent avant tout être suffisamment informés sur les comportements ou facteurs pouvant avoir un impact sur leur santé. Or, la communication et l'information autour des questions de santé ne sont pas assez développées en Guadeloupe et dans les Ile-du-Nord du point de vue des professionnels. Les campagnes de communication et d'information du public, menées sur l'ensemble du territoire, sont un moyen efficace de toucher un public large, notamment si elles mobilisent les médias grand publics. Pour être réellement appropriées, cependant, les actions d'information doivent comporter un message adapté aux différents publics concernés (jeunes, personnes âgées, etc.). Pour toucher l'ensemble de la population, la communication doit également être relayée localement, et les messages transmis dans les différentes langues parlées par la population locale.
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Renforcer la communication grand public autour du Projet Régional de Santé et des interventions de l'ARS</li> <li>▶ Projet 2 : Renforcer la vulgarisation des études menées dans le champ de la santé</li> <li>▶ Projet 3 : Développer des relais de proximité pour diffuser l'information au plus près des populations cibles</li> <li>▶ Projet 4 : Mobiliser les médias pour assurer une communication grand public régulière sur les questions de santé</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Un PRS connu du grand public</li> <li>→ Une meilleure diffusion des connaissances dans le champ de la santé</li> <li>→ Une amélioration de l'efficacité et de l'impact des messages de prévention</li> </ul>

▶ <b>Projet 1 : Renforcer la communication grand public autour du Projet Régional de Santé et des interventions de l'ARS</b>	
<b>Description</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer un site internet dédié au PRS ainsi qu'une page dédiée à la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé.</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout public</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place du site et indicateurs de consultation</li> </ul>	
▶ <b>Projet 2 : Renforcer la vulgarisation des études menées dans le champ de la santé (ORSAG...)</b>	
<b>Description</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer la publicité des études de l'ORSAG</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ORSAG</li> <li>• ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout public</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'études parues</li> </ul>	
▶ <b>Projet 3 : Développer des relais de proximité pour diffuser l'information au plus près des populations cibles</b>	
<b>Description</b>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Passer des accords avec les collectivités pour favoriser l'information des élus d'une part et de leurs citoyens d'autre part : présentation des dispositifs en conseils municipaux, en commissions Santé, en conseil d'administration des CCAS, ...</li> <li>• Cibler plusieurs publics : les collèges, les lycées, les étudiants, les associations n'œuvrant pas dans le domaine de la santé comme les associations carnavalesques, le milieu carcéral...</li> <li>• Faire des débats publics interactifs, des projections de films</li> <li>• Se servir des lieux de vie des citoyens pour diffuser une information ciblée : salles d'attente des médecins, pharmacies... mais aussi les centres commerciaux, les places publiques, les manifestations grand public type carnaval ou tour de la Guadeloupe...</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• EPCI, collectivités, CCAS</li> <li>• Rectorat</li> <li>• Associations...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout public</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de rencontres organisées,</li> <li>• taux de participation</li> </ul>	
Projet 4 : Mobiliser les médias pour assurer une communication grand public régulière sur les questions de santé	
Description	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer les émissions télévisées et les émissions radio sur des thèmes de santé</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Médias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout public</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'émissions télévisées ou d'émissions radio diffusées</li> <li>• Taux de diffusion</li> </ul>	

## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Encourager la participation citoyenne dans le champ de la santé sur les territoires

Finalité
<p>Les politiques publiques existantes pour favoriser la participation citoyenne en santé n'ont pas encore fait leur preuve, notamment en raison de la faible mobilisation des élus locaux sur ce sujet. Un travail doit donc être engagé visant l'appropriation de la notion de promotion de la santé et de participation citoyenne par l'ensemble des parties prenantes, citoyens, élus et professionnels de santé.</p> <p>La valorisation des initiatives permettant de promouvoir le rôle des citoyens est également un levier essentiel pour assurer une participation plus importante des citoyens dans les politiques de santé.</p> <p>Evoluer vers une gouvernance de la santé plus transversale et plus proche des patients implique une redéfinition de la relation usager/partenaire. Favoriser l'individu à devenir acteur de sa santé implique l'intégration d'une culture de décision partagée entre soignants et patients ou leurs représentants.</p>
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Mobiliser les collectivités territoriales pour appuyer le développement d'initiatives citoyennes dans le champ de la santé</li> <li>▶ Projet 2 : Développer les espaces dédiés d'expression des préoccupations des populations (en proximité, dans les entreprises, maisons de quartiers, conseils citoyens, maisons de prévention)</li> <li>▶ Projet 3 : Valoriser les actions et les dispositifs favorisant la promotion de la santé et les initiatives citoyennes</li> </ul>
Résultats attendus

- ➔ Des citoyens plus impliqués dans les espaces de démocratie en santé
- ➔ Des acteurs locaux qui intègrent davantage la participation des citoyens dans l'élaboration et la mise en œuvre des actions en santé

**► Projet 1 : Mobiliser les collectivités territoriales pour appuyer le développement d'initiatives citoyennes dans le champ de la santé**

Description	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expérimenter la mise en place d'une commission dédiée à la santé dans les communes avec une participation de l'ARS pour développer la diffusion de l'information et l'appropriation par la population de la démocratie en santé. Cette commission associerait à la fois des élus locaux, services municipaux et citoyens.</li> <li>• S'appuyer sur les CCAS et renforcer la formation des personnels de proximité des collectivités territoriales, sur le plan méthodologique et financier via l'IREPS</li> <li>• Travailler dans le cadre de réunions de quartiers, avec les conseils consultatifs de quartiers des communes, les Conseils Locaux de Prévention de la Délinquance, dans le cadre des contrats de ville, les ateliers Santé Ville et des Contrats Locaux de Santé.</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communes + CCAS</li> <li>• EPCI</li> <li>• IREPS</li> <li>• ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acteurs locaux</li> <li>• Citoyens</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de collectivités ayant mis en place un espace de travail dédié à la santé en partenariat avec l'ARS</li> <li>• Nombre de collectivités impliquées dans un CLS, un ASV, un CLSPD</li> <li>• Nombre de CLS / ASV et CLSPD impliquant les habitants dans la conception et la mise en œuvre des actions</li> <li>• Nombre de formations mises en place pour les personnels des CCAS / services municipaux</li> </ul>	
► Projet 2 : Développer les espaces dédiés d'expression des préoccupations des populations	
Description	
Appuyer le développement d'espaces dédiés en s'appuyant sur des acteurs tels que les maisons de quartiers, conseils citoyens, maisons de prévention	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> <li>• Collectivités</li> <li>• Associations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout public</li> </ul>
Indicateurs de mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outils / moyens dédiés au développement de ces espaces (moyens humains, financiers)</li> </ul>	
► Projet 3 : Valoriser les actions et les dispositifs favorisant la promotion de la santé et les initiatives citoyennes	
Description	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir l'implication des collectivités et les démarches de « labellisation » (Villes-santé OMS, quartier santé)</li> <li>• Renforcer la communication autour des initiatives citoyennes dans le champ de la santé</li> <li>• Intégrer la participation de la population comme critère incontournable à l'obtention d'un soutien de l'ARS pour l'élaboration du diagnostic et du CLS</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collectivités</li> <li>• Associations</li> <li>• ARS</li> <li>• IREPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout public</li> </ul>



**Indicateurs de mise en œuvre**

- Nombre de collectivités adhérentes du réseau « Ville Santé OMS »
- Nombre de collectivités engagées dans un CLS ou ayant structuré un plan local de santé et intégrant la participation des habitants
- Nombre d'initiatives citoyennes dans le champ de la santé recensées et valorisées

Document soumis à consultation

## ORIENTATION 7 : RENFORCER LA COOPERATION REGIONALE CARIBEENNE

### Objectif 1 : Assurer la structuration d'une stratégie de coopération interrégionale en santé à l'échelle de la Caraïbe

#### ⇒ Objectif opérationnel 1 : Organiser la gouvernance de la coopération régionale

Finalité
<p>A ce jour, si des espaces de travail et de coopération existent à l'échelle caribéenne, des marges de manœuvre sont identifiées, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'absence d'une stratégie partagée par l'ensemble des acteurs de la coopération en santé</li> <li>- L'insuffisance de connaissance sur les pays de la zone caraïbe</li> <li>- Un manque de visibilité sur les actions et projets développés sur les territoires.</li> </ul> <p>La définition et l'animation d'une gouvernance interrégionale dédiée à la coopération devrait permettre de renforcer les dynamiques et les actions partagées, au moins au niveau de la zone Antilles.</p> <p>L'objectif est de centrer les actions de coopération en santé dans la zone Antilles autour de priorités affichées, d'objectifs communs et de moyens mutualisés ou mieux coordonnés. Une stratégie de coopération sanitaire unique permettra de rendre cette coopération plus visible pour les partenaires des deux ARS dans la région et d'améliorer son efficacité au service des populations.</p>
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Mettre en place et réunir de manière régulière un comité de pilotage de la coopération régionale</li> <li>▶ Projet 2 : Créer un GCS dédié à la coopération régionale</li> </ul>
Résultats attendus
<p>→ Une stratégie de coopération interrégionale structurée, pilotée et suivie</p>

▶ Projet 1 : Mettre en place et réunir de manière régulière un comité de pilotage de la coopération régionale	
Description	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place du COPIL coopération caribéenne et l'animation régulière du COPIL par les 2 ARS des Antilles en lien avec la CTM et le Conseil régional et départemental de Guadeloupe ainsi que les COM de Saint-Martin et Saint-Barthélemy</li> <li>• Déclinaison / co-construction à prévoir au moment de l'actualisation du SIOS</li> <li>• Au sein du COPIL : instaurer un mécanisme d'évaluation des actions de coopération</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS Guadeloupe – Saint-Martin, Saint-Barthélemy</li> <li>• ARS Martinique</li> <li>• Assurance Maladie de Guadeloupe et de Martinique</li> <li>• Conseil Régional 971 (gestion des fonds européens)</li> <li>• Collectivité territoriale de Martinique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population des Antilles françaises</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Collectivité territoriale de Saint-Martin</li> <li>Instances caribéennes (OECD, CARICOM, PAHO)</li> </ul>	
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de réunions par an</li> <li>Existence d'un plan d'actions et d'un tableau de suivi des actions</li> </ul>	
▶ <b>Projet 2 : Créer un GCS dédié à la coopération régionale</b>	
<b>Description</b>	
Création d'un GCS (Plateforme CARES) qui réunira les CHU de Martinique et de Guadeloupe, le CH de Saint-Martin, les ARS, et qui sera en particulier chargé de gérer le parcours de santé du patient caribéen. Il sera le guichet unique pour les Etats et assurances caribéennes sollicitant une hospitalisation ou une consultation.	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ARS Guadeloupe – Saint-Martin, Saint-Barthélemy</li> <li>ARS Martinique</li> <li>CHU Guadeloupe, Martinique, CH St martin et établissements de santé souhaitant adhérer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patients caribéens solvabilisés</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place effective du GCS avec les acteurs prévus</li> </ul>	

## ⇒ Objectif opérationnel 2 : Renforcer l'échange et le partage de connaissances à l'échelle caribéenne

<b>Finalité</b>
Inscrire les DFA dans leur environnement caribéen en matière de santé
<b>Projets structurants à 5 ans</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Développer et coordonner les activités d'observation et de recherche en santé à l'échelle interrégionale</li> <li>▶ Projet 2 : Développer les coopérations internationales en matière de veille sanitaire</li> <li>▶ Projet 3 : Développer les formations initiales et continues communes</li> <li>▶ Projet 4 : Partager les connaissances dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé</li> </ul>
<b>Résultats attendus</b>
→ Des synergies entre acteurs de la Caraïbe soutenues et exploitées dans le champ de la recherche et de la veille sanitaire
▶ <b>Projet 1 : Développer et coordonner les activités d'observation et de recherche en santé à l'échelle interrégionale</b>
<b>Description</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dans le cadre de la gouvernance locale de la coopération interrégionale (voir objectif opérationnel 1), favoriser la coordination des activités d'observation (ex : études menées par les Observatoires régionaux et les réseaux de santé) et de recherche, en lien avec les universités des Antilles et de la Guyane</li> <li>Mettre en œuvre des projets de recherche à l'échelle de la Caraïbe sur des problématiques de santé publiques partagées, en premier lieu à l'échelle Antilles Martinique / Guadeloupe / St –Martin / St-Barthélemy : cancers, périnatalité, maladies infectieuses, maladies vectorielles, diabète/HTA.</li> <li>Soutenir la production de données à portée régionale ou inter-régionale</li> </ul>

<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Etablissements et professionnels de santé</li> <li>Universités</li> <li>Organismes de recherche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Professionnels de santé et décideurs dans le champ de la santé</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de projets de recherche</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 2 : Développer les coopérations internationales en matière de veille sanitaire</b></p>	
<b>Description</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordonner au sein d'une plateforme de surveillance épidémiologique, les services et institutions produisant et hébergeant des données</li> <li>Création et mise en place d'un réseau de Surveillance en Pathologie Infectieuse dans la Caraïbe (SPICE) de manière à faciliter la communication et l'échange d'informations entre les systèmes de surveillance : établir un lexique commun, développer et mettre en place le réseau, participer aux réseaux de laboratoires existants dans la Caraïbe</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ARS et CIRE Antilles, CARPHA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestionnaires des crises et des épidémies</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place du réseau</li> <li>Fréquence de rencontre des membres du réseau</li> <li>Existence de procédure permettant d'assurer la remontée et le partage d'informations</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 3 : Développer les formations initiales et continues communes</b></p>	
<b>Description</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Développer des coopérations et des échanges de professionnels avec les autres DFA / TFA et des CHU de métropole dans les domaines à faible activité (maladies rares...) ou dont l'activité connaît une baisse présentant un risque pour le maintien des compétences techniques (activité d'obstétrique en baisse dangereuse d'activités)</li> <li>Multiplier les échanges notamment dématérialisés et outils partagés : missions exploratoires OECO, échanges de pratiques professionnelles, échanges universitaires ; via notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>La coordination des réseaux de santé existants (ex : dans le champ de la périnatalité) au sein des DFA/TFA</li> <li>Des conventions de partenariats entre centres universitaires</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ARS</li> <li>CARPHA</li> <li>Membres de l'OECO</li> <li>Universités</li> <li>Organismes de recherche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etudiants / chercheurs</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de projets de coopération formalisés dans le champ de la coopération sanitaire</li> <li>Développement d'outils partagés de coopération et de coordination entre DFA/TFA et Centres universitaires</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 4 : Partager les connaissances dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé</b></p>	
<b>Description</b>	
<p>On observe une prévalence similaire de certaines maladies dans la population de la zone caraïbe, il convient de développer le partage d'expérience en matière de prévention et de promotion de la santé notamment en termes de mode de communication et de sensibilisation des populations.</p>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ARS Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Population des Antilles</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS Martinique</li> <li>• OECS</li> <li>• Etats caribéens partenaires</li> </ul>	
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'un recueil des actions de communication et de promotion de la santé par territoire</li> <li>• Création d'un réseau des responsables prévention des territoires partenaires</li> </ul>	

Document soumis à consultation

## Objectif 2 : Développer les filières de soins à l'échelle interrégionale et internationale

### ⇒ Objectif opérationnel 1 : Elaborer et mettre en œuvre un parcours de soin du patient caribéen

Finalité
<p>Les Agences Régionales de Santé de Guadeloupe et Martinique convergent vers un objectif commun : faire profiter du savoir-faire et la qualité du système médical français dans le bassin de la Caraïbe dans un contexte où l'absence et la nécessité d'offres de soins y représentent une opportunité de développement à saisir. A long terme, il s'agit de pouvoir renforcer l'attractivité du système de santé pour les patients étrangers en proposant un niveau de qualité des soins et un savoir-faire médical reconnu à l'international.</p> <p>La structuration d'un parcours de soin du patient caribéen devrait permettre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tirer une valeur ajoutée à cette structuration interrégionale pour les professionnels de santé de Guadeloupe, de Saint-Martin et Saint-Barthélemy</li> <li>- Construire un modèle économique maîtrisé, durable et soutenable, tenant compte des différentes dimensions du parcours (transport, hébergement, finance, droits).</li> </ul>
Projets structurants à 5 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet 1 : Mettre en place une plate-forme (CARES) de coopération</li> <li>▶ Projet 2 : Développer les accords de coopération avec les pays voisins</li> <li>▶ Projet 3 : Développer la télémédecine en faveur de la coopération avec les autres TFA et pays de la Caraïbe</li> </ul>
Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Une meilleure lisibilité des flux de patients étrangers dans les établissements de santé</li> <li>➔ Un cadre financier sécurisé pour l'admission des patients étrangers</li> <li>➔ Une visibilité, pour tous les pays de la zone Caraïbe, des offres de soins disponibles en Martinique / Guadeloupe / Saint-Martin / Saint-Barthélemy et des moyens d'y accéder</li> </ul>

▶ Projet 1 : Mettre en place une plate-forme (CARES) de coopération	
Description	
<p>Mise en place d'une plate-forme visant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La coordination du parcours de soins du patient étranger sur les territoires de la Guadeloupe, de la Martinique et de Saint-Martin</li> <li>- La gestion de financements mobilisés dans le cadre du déploiement de projets de coopération locale, régionale et internationale dans les TFA</li> <li>- La promotion et la valorisation des compétences dans le domaine de la santé de la Guadeloupe, de la Martinique et de Saint-Martin</li> </ul>	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS Guadeloupe – Saint-Martin – Saint-Barthélemy</li> <li>• ARS Martinique</li> <li>• Assurance Maladie de Guadeloupe et de Martinique</li> <li>• CHU de Guadeloupe</li> <li>• CHU de Martinique</li> <li>• Centre Hospitalier de la Basse-Terre (CHBT)</li> <li>• Centre Hospitalier Louis Constant Fleming (CHLCF)</li> <li>• Centre Hospitalier Maurice Selbonne (CHMS)</li> <li>• La Clinique des Eaux Claires,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipes médicales</li> <li>• Etablissements de santé, publics et privés</li> <li>• Centres de recherche</li> <li>• Laboratoires</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le GCS Caraïbes,</li> <li>• L'Institut Pasteur de Guadeloupe</li> <li>• CAREST (Caribbean network of REsearchers on Sickle cell and Thalassemia : Drépanocytose)</li> <li>• COM de Saint-Martin</li> <li>• Conseil Régional de Guadeloupe</li> <li>• Collectivité territoriale de Martinique</li> </ul>	
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plateforme mise en place</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 2 : Développer les accords de coopération avec les pays voisins</b></p>	
<b>Description</b>	
<p>Un certain nombre d'accords ont été conclus dans le temps, pour ce qui concerne la Guadeloupe et St Martin afin d'accueillir des patients d'autres îles notamment en cas d'urgence: un arrangement administratif du 3 Avril 2012 avec les îles de Saba et St Eustache ; un accord CHU-Montserrat pour la prise en charge d'urgences vitales ; un projet d'accord avec les gouvernements de Ste Lucie (ARS Martinique) et de la Dominique (ARS Guadeloupe) ; en cours également une déclaration d'intention entre l'ARS de Guadeloupe et le gouvernement de Sint Maarten afin de développer des complémentarités entre le CH de St Martin et le Sint Maarten Medical Center.</p> <p>Sur la durée du SRS, il s'agira de confirmer les accords en projet, voire d'en définir de nouveaux pour structurer l'accès aux filières de soins.</p>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS 971 et 971</li> <li>• OECS</li> <li>• Etats partenaires (Sint-Marteen, etc.)</li> <li>• Etablissements de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients de la zone Caraïbe</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de patients caribéens reçus</li> <li>• Nombre de convention ou accords de partenariat conclus</li> </ul>	
<p>► <b>Projet 3 : Développer la télémédecine en faveur de la coopération avec les autres TFA et pays de la Caraïbe</b></p>	
<b>Description</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mise en place du e-réseau caribéen de référence et d'expertise en ophtalmologie</li> <li>• Le développement de la prise en charge des AVC par télémédecine pour les patients de Saint-Martin et des pays limitrophes à Saint-Martin</li> <li>• La réalisation de la biologie moléculaire des cancers colorectaux, pulmonaires et rénaux (met) avec Montserrat, la Dominique et Sint-Maarten</li> </ul>	
<b>Acteurs concernés</b>	<b>Population cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS 971 et 972</li> <li>• GCS e-santé Archipel 971</li> <li>• CH de Saint-Martin</li> <li>• Clinique de Sint-Marteen</li> <li>• Collectivité territoriale de Sint-Marteen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients de la zone Caraïbe</li> </ul>
<b>Indicateurs de mise en œuvre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nb actes de télémédecine réalisés dans ce cadre</li> </ul>	